RLISS du Nord-Ouest

Photo de B. MacLeod, Thunder Bay
3e prix, concours de photos « Show Us Your Vision » du RLISS du Nord-Ouest, 2008

Plan de services de santé intégrés

2010-2013

Ontario

Réseau local d'intégration des services de santé

Table des matières

Introduction 1

Résumé du plan stratégique de la province et de la conformité du PSSI 2

Vision du RLISS pour le système de santé local 5

Vue d'ensemble du système de santé local actuel 7

4.1 RÔLE DU RLISS du Nord-Ouest 7

4.2 Caractéristiques géographiques et démographiques 7

4.3 Services de santé 10

Cadre de planification 14

5.1 Modèle de planification pour le nord-ouest 14

5.2 Cadre d'amélioration de la qualité 15

5.3 Soutien du cadre de planification 15

Priorités et orientations stratégiques pour le système de santé local 19

Accès aux services et intégration des services

Priorité 1: Services des urgences et autres niveaux de soins 20

Priorité 2: Soins primaires 20

Priorité 3: Services de soins spécialisés et de diagnostic 21

Priorité 4: Prévention et gestion des maladies chroniques 22

Priorité 5: Services de soins de longue durée 22

Priorité 6: Services en santé mentale et en lutte contre les dépendances 23

Population du Nord-Ouest de l'Ontario

Priorité 7: Aboriginal Health Services 24

Priorité 8: French Language Health Services 25

Moyens à mettre en œuvre

Priorité 9: Health Human Resources 26

Priorité 10: eHealth 26

Priorité 11: Integration of Services along the Continuum of Care 27

Justification de nos orientations stratégiques 28

7.1 Collecte des données préalable à l'établissement des priorités 28

7.2 Données de soutien pour les priorités désignées 29

7.3 Données de soutien pour les priorités désignées — Guider la transformation du système 36

Comment s'y prendra-t-on pour mesurer et démontrer le succès 37

39

40

Chapitre 1

Introduction

Ce *Plan de services de santé intégrés (PSSI)* est la seconde présentation publique des priorités et stratégies du Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest (RLISS). Il couvre les trois années qui commenceront au mois d'avril 2010. Le PSSI 2010-2013 tient compte du travail de planification déjà accompli et met l'accent plus particulièrement sur la détermination plus précise des besoins du système de santé et les stratégies d'intégration du système de santé local.

Les PSSI, que doivent produire tous les RLISS de la province, se fondent sur cinq principes de base :

- Mobilisation de la collectivité
- Coordination, coopération et intégration
- Équité et diversité
- Responsabilisation et transparence

La planification stratégique et la répartition des ressources du RLISS du Nord-Ouest, en d'autres mots son PSSI, sont étroitement alignés sur les orientations provinciales formulées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), qui portent notamment sur les points suivants :

- Améliorer l'accès aux services des urgences en réduisant le temps que les patients passent à attendre dans les urgences.
- Améliorer l'accès aux soins hospitaliers en réduisant le temps passé dans un lit d'hôpital par des patients en attente d'autres niveaux de soins.
- Améliorer l'accès aux soins intégrés aux diabétiques en appuyant la mise en œuvre de la Stratégie de lutte contre le diabète.
- Améliorer les technologies de l'information et des communication en cybersanté en soutenant la Stratégie de cybersanté.
- Améliorer l'accès aux services intégrés en santé mentale et en dépendances en appuyant la mise en application sur dix ans de la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances présentement en cours d'élaboration.

Après une collecte de données abondante (qualitatives et quantitatives), leur interprétation et leur analyse, et après avoir complété ces données par une mobilisation continue de la collectivité, il a été déterminé que les priorités de changement suivantes guideront les activités du RLISS du Nord-Ouest pour la période 2010-2013 :

Accès aux services et intégration des services

- Temps d'attente dans les services des urgences et pour les autres niveaux de soins
- Soins primaires
- Services de soins spécialisés et de diagnostic
- Prévention et gestion des maladies chroniques
- Services de soins de longue durée
- Services en santé mentale et lutte contre les dépendances
- Services de santé pour les autochtones
- Services de santé en français

Moyens à mettre en œuvre

- Ressources humaines en santé
- Cybersanté
- Intégration des services le long du continuum de soins

Population du Nord-Ouest de l'Ontario
Les plans décrits dans ce PSSI intègrent les objectifs globaux du cadre de la cible triple :

1. optimisation de la santé (santé de la population)
2. optimisation des soins (satisfaction du patient)
3. optimisation des ressources (coût per capita)

Afin d'apporter les changements qui permettront de réaliser nos priorités et mettre en œuvre nos plans triennaux, le RLISS du Nord-Ouest continuera de collaborer avec les fournisseurs de services de santé locaux et les autres parties intéressées en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité, la gestion du rendement, l'innovation et l'intégration. Ce travail nous permettra de nous rapprocher de notre vision : Des gens en meilleure santé, un système de santé fort – voilà notre avenir.

Chapitre 2

Résumé du plan stratégique de la province et de la conformité du PSSI

Ce *Plan de services de santé intégrés (PSSI)* est un programme de haut niveau visant à améliorer les services de santé au cours des trois prochaines années. Il est conforme aux priorités du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et est conçu pour favoriser l'accès équitable aux soins de santé pour tous les résidents de l'Ontario. En même temps, les stratégies d'amélioration décrites dans les chapitres qui suivent répondent aux besoins locaux et aux forces locales dans le contexte particulier du Nord-Ouest de l'Ontario.

Le MSSLD a désigné trois points qui doivent faire l'objet d'une attention particulière dans l'objectif général d'améliorer l'accès aux soins :

1. Réduction du temps d'attente dans les services des urgences
2. Réduction du temps passé dans un lit d'hôpital par des patients en attente d'autres niveaux de soins
3. Soutien de la mise en œuvre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète

En outre, les stratégies provinciales visant à améliorer la gestion de la santé mentale et des dépendances et la mise en place d'une infrastructure de cybersanté innovatrice représentent également des priorités. On s'attend à ce que de nouveaux éléments du système de santé attirent l'attention de la province dans le nouveau plan stratégique de dix ans que le MSSLD doit bientôt rendre public.

RÉDUCTION DU TEMPS D'ATTENTE DANS LES SERVICES DES URGENCES

Les résidents de l'Ontario s'attendent à recevoir des soins de qualité quand ils se rendent dans un service des urgences (SU). La réduction des temps d'attente dans les urgences étant susceptible d'améliorer sensiblement l'expérience du patient, cette question est l'une des grandes priorités du gouvernement de l'Ontario dans le domaine de la santé.

La réduction du temps d'attente dans les services des urgences nécessite des changements à tous les échelons du système de santé. Par exemple, les patients dont les besoins sont non urgents ou moins urgents comptent pour environ la moitié des visites aux services des urgences[1]. Les services de santé dans les collectivités font actuellement l'objet d'un réaménagement afin que les résidents puissent accéder aux soins appropriés à l'extérieur des services des urgences.

Le RLISS du Nord-Ouest collabore avec le MSSLD en vue d'atteindre les cibles provinciales en matière de réduction du temps d'attente dans les urgences. Afin d'améliorer la transparence, les temps d'attente dans les urgences sont diffusés publiquement.

RÉDUCTION DU TEMPS PASSÉ DANS DES LITS D'HÔPITAL EN ATTENTE D'AUTRES NIVEAUX DE SOINS (ANS)

Une fois que les patients terminent la phase active de leur traitement à l'hôpital, ils continuent parfois d'occuper un lit de soins actifs alors qu'ils attendent leur mise en congé ou leur transfert. Ces patients sont en attente d'un « autre niveau de soins » qui n'est pas disponible à ce moment dans le système de santé.

Près de 19 %[2] des patients qui occupent actuellement un lit dans un hôpital ontarien attendent un autre niveau de soins (établissements de soins de longue durée, services de réadaptation, services de santé communautaire, etc.). Cet état de fait se traduit parfois par la non-admission d'un patient dans un service des urgences, ce qui cause un effet de domino et augmente le temps d'attente aux urgences.

Le RLISS du Nord-Ouest travaille avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur plusieurs initiatives qui aideront les patients à obtenir les soins dont ils ont besoin – que ce soit dans un hôpital, dans un établissement de soins de longue durée ou de réadaptation, dans la collectivité ou à la maison.

SOUTIEN DE LA STRATÉGIE ONTARIENNE DE LUTTE CONTRE LE DIABÈTE.

La Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète est un plan à facettes multiples ayant pour but d'améliorer l'état de

santé des diabétiques et de réduire la prévalence croissante de cette maladie chronique. En 2008, environ 900 000 Ontariens et Ontariennes étaient diabétiques (8,8 % de la population)[3]. Le nombre de diabétiques dans la province a augmenté de 69 % au cours des 10 dernières années, et l'on prévoit qu'il atteindra 1,2 million en 2010. Le traitement du diabète et des troubles concomitants (maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, maladies rénales, etc.) coûtent actuellement cinq milliards par année à la province. Le taux de diabète dans le RLISS du Nord-Ouest est supérieur à la moyenne provinciale.

La Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète améliorera l'accès du public aux programmes de prévention et aux soins par équipe. L'un des composants de la Stratégie est un registre en ligne grâce auquel les patients pourront accéder à de l'information et à des outils éducatifs qui leur permettront de mieux gérer leur diabète. Ce registre permettra aussi aux fournisseurs de services de santé de vérifier le dossier des patients, d'accéder à l'information relative aux diagnostics et d'envoyer des avertissements aux patients. Le registre permettra d'obtenir des diagnostics plus rapidement, des meilleurs traitements et une meilleure gestion des Ontariens et Ontariennes qui vivent avec le diabète.

Le RLISS du Nord-Ouest souhaite améliorer l'accès aux soins offerts aux diabétiques en soutenant la mise en œuvre de la Stratégie de lutte contre le diabète.

AMÉLIORATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE ET EN LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES

En plus des trois priorités décrites ci-dessus, le gouvernement de l'Ontario a annoncé la mise au point de programmes visant à améliorer les service en santé mentale et en lutte contre les dépendances. Environ une personne sur cinq en Ontario souffrira un jour d'un problème de santé mentale ou de dépendance[4], ce qui entraîne des coûts énormes autant pour les personnes concernées que pour la société.

Le Groupe consultatif ministériel de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances pose les bases d'une stratégie sur 10 ans visant à s'attaquer à cette importante question. Pour la première fois, la stratégie de la province inclut des services axés sur la santé mentale et les dépendances financés par d'autres ministères ontariens.

Les RLISS mettront en œuvre la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances de la province et aideront à créer un système qui fournit un accès équitable à des services sécuritaires, respectueux et efficaces.

PRENDRE APPUI SUR LA CYBERSANTÉ

La Stratégie de cybersanté de l'Ontario vient appuyer les autres stratégies de la province. En investissant dans l'infrastructure des technologies de l'information, y compris dans le registre sur le diabète et les dossiers de santé électroniques, nous pourrons améliorer l'accès des patients et leur donner des soins de meilleure qualité de façon plus sécuritaire. Les RLISS comptent mettre à profit les innovations qu'apportera la stratégie de cybersanté afin d'intégrer plus profondément leurs structures et améliorer notre système de santé.

UNE PROVINCE EN MEILLEURE SANTÉ

Les orientations stratégiques du gouvernement de l'Ontario nous ont aidé à donner forme à ce Plan de services de santé intégrés. L'alignement des initiatives locales sur les priorités provinciales nous permettra d'offrir des services de santé appropriés, coordonnés, sécuritaires et efficients.

MSSLD » **MSSLD > Dans ce PSSI, l'information qui vient appuyer les priorités du MSSLD est identifiée par ce symbole.**

MSSLD

Instantané : Données locales liées aux priorités provinciales

Services des urgences et autres niveaux de soins

- La fréquence des visites non urgentes aux services des urgences est la plus élevée de la province (233 par 1000 résidents contre 40/1000 dans la province)[5,6].
- 9 patients sur 10 ayant des problèmes de santé complexes ou qui nécessitent une période de traitement plus longue ou une admission à l'hôpital passent 14,8 heures dans le service des urgences[7].
- 9 patients sur 10 ayant des problèmes de santé complexes ou qui nécessitent une période de traitement plus longue avant leur mise en congé passent 6,7 heures dans le service des urgences[8].
- 9 patients sur 10 ayant des problèmes de santé mineurs ou non complexes ou qui nécessitent une période de traitement ou d'observation moins longue passent 4,1 heures dans le service des urgences[9].
- Dix pour cent des personnes qui se rendent dans un service des urgences sont admises à l'hôpital[10].
- La fréquence plus élevée des visites aux urgences se confirme à tous les niveaux de triage[11].
- Le pourcentage des jours en ANS est le 5e plus élevé de la province[12].

Services en santé mentale et en lutte contre les dépendances[13]

- 10 % des Ontariens et Ontariennes qui abusent des substances ou qui ont des problèmes de jeu résident dans le Nord-Ouest de l'Ontario (qui compose seulement 2 % de la population de la province).
- Les troubles liés à la consommation de substances comptent pour le pourcentage le plus élevé (45,0 %) de visites aux services des urgences liées à la santé mentale (27,5 % dans la province).
- Le pourcentage des hospitalisations dans les services de santé mentale qui sont accompagnées de problèmes liés à la consommation de substances est plus forte qu'à l'échelle de la province (37,6 % contre 15,1 %).
- Étant donné l'absence de services spécialisés dans la plupart des collectivités, l'accès aux services en santé mentale a été désigné comme un problème pour les clients en crise ou qui nécessitent des soins spéciaux, des soins de transition, des logements avec services de soutien et des services sans rendez-vous.
- La population de nouveaux clients des services de lutte contre l'abus de substance et les problèmes de jeu est plus âgée que la moyenne provinciale (30,5 % de moins de 35 ans contre 43,6 % et 18,3 % de plus de 55 ans contre 9,9 %).
- Le taux de suicide est près de deux fois plus élevé que la moyenne provinciale (15,2/100 000 contre 7,7/100 000).

Diabète

- Prévalence élevée du diabète (7,6 % contre 6,1 % dans la province chez les personnes âgées de 12 ans et plus)[14].
- On estime que chez les populations autochtones, le taux de diabète est de deux à trois fois supérieur à celui de la population en général[15].
- Taux élevé d'utilisation des services des urgences (531/100 000 visites dans le Nord-Ouest contre 232/100 000 dans la province)[16].
- Augmentation des hospitalisations (236 mises en congé contre 103 en Ontario)[17].

Cybersanté

- Le Plan directeur en cybersanté du Nord de l'Ontario 2007-2012 pose les fondements d'un programme de cybersanté dans le RLISS du Nord-Ouest[18,19].
- L'Enquête de planification de la technologie de l'information et de la communication (TIC) dans le Nord de l'Ontario (2008) a établi que le RLISS du Nord-Ouest comptait les activités suivantes :
  - 17 projets de cybersanté en cours ou en démarrage
  - 15 organisations ayant des capacités structurées de gestion de projets
  - L'équivalent de 155 personnes à temps plein contribuant à la TIC
  - 37 organisations faisant usage des vidéoconférences de télémédecine
  - KO Télémédecine fournit des services à 26 collectivités rurales des Premières nations
  - 53 fournisseurs dont le réseau a été amélioré par Cybersanté Ontario.

Chapitre 3

Vision du RLISS pour le système de santé local

Le conseil d'administration du RLISS du Nord-Ouest a élaboré une mission, une vision, des valeurs et des orientations stratégiques qui guideront nos activités.

MISSION

Développer un système de soins innovateur, durable et efficace au service de la santé et du bien-être de la population du RLISS du Nord-Ouest.

VISION

Des gens en meilleure santé, un système de santé fort – voilà notre avenir.

VALEURS

- Centré sur la personne
- Ouvert aux différences culturelles
- Durable
- Responsable
- Collaboratif
- Innovateur

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES PROVISOIRES

En collaboration avec nos partenaires du système de santé, le RLISS du Nord-Ouest vise à atteindre les cibles suivantes :

Santé publique :

1. **Améliorer l'état de santé général pour avoir des gens en meilleure santé.**
   - 1.1 L'accent est mis sur les priorités provinciales.
     - Grâce à la stratégie SU/ANS, le temps d'attente aux urgences sera réduit et les résidents recevront le niveau de soins approprié.
     - Grâce à la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances de la province, les services seront basés sur les faits, ils seront coordonnés et ils donneront des occasions de rétablissement.
     - L'accès aux soins primaires est amélioré en vue de préserver la santé de la population.
     - Grâce à l'adoption et à la mise en œuvre de la Stratégie de cybersanté, l'information relative à la santé sera plus accessible et mieux coordonnée, ce qui aura pour effet d'améliorer la sécurité, le processus décisionnel et la satisfaction des patients.
   - 1.2 Le Plan de services de santé intégrés 2010-2013 du RLISS du Nord-Ouest établit et cible des priorités locales.

Expérience du patient :

2. **Amélioration continue de la qualité.**
   - 2.1 La prestation des soins est axée sur les besoins et l'expérience du patient.
   - 2.2 Des pratiques basées sur des faits sont établies et largement utilisées.
   - 2.3 Les patients passent sans encombre d'un niveau de soins à l'autre.
3. **Accès aux soins dont les gens ont besoin aussi près que possible de leur domicile.**
   - 3.1 Les cibles en matière de temps d'attente sont atteintes dans les domaines de priorité désignés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
   - 3.2 La population du Nord-Ouest joue un rôle actif dans la détermination et la planification de leurs besoins en matière de santé.

Coût du système :

4. **Des ressources bien gérées.**
   - 4.1 Un bon rapport coût-performance est atteint.

FACTEURS DE SUCCÈS DÉTERMINANTS

1. **Intégration et réaménagement du système de santé :**

Conception du système

1.1 Détermination et incorporation des attributs d'un système très performant.

1.2 Le processus décisionnel est basé sur une vue d'ensemble du système et l'analyse systématique des procédés.

1.3 Les soins appropriés sont fournis à l'endroit approprié par la personne appropriée au moment approprié.

1.4 Le RLISS et ses partenaires du système de santé cherchent activement des occasions d'intégrer le système.

1.5 Les plans des services de santé sont bien définis et axés sur les besoins de la population.

1.6 La planification du système de santé tient compte de l'impact des grands déterminants de la santé de nos populations diversifiées.

1.7 La cybersanté est considérée comme un élément clé de l'intégration du système.

1.8 Le RLISS du Nord-Ouest est très qualifié et efficace en matière de développement et de soutien du système de santé en milieu rural et éloigné.

1.9 Le travail du RLISS du Nord-Ouest est fondé sur le cadre de la cible triple (santé de la population, expérience du patient, coût du système).

Voix du système :

1.10 En consultation avec ses partenaires, le RLISS du Nord-Ouest est un architecte clé du réaménagement du système de santé.

1.11 Le RLISS du Nord-Ouest contribue à établir une collaboration intersectorielle plus efficace.

1.12 Le RLISS du Nord-Ouest aide à donner forme à la politique provinciale.

1.13 Le RLISS du Nord-Ouest est reconnu pour son rôle moteur dans la réalisation des objectifs du système de santé du Nord-Ouest.

2. **Un esprit de mobilisation et de collaboration :**

2.1 La diversité est favorisée et respectée.

2.2 La mobilisation est fondamentale à la transformation du système de santé.

- La mobilisation est fondamentale à la transformation du système de santé.

2.3 Le RLISS du Nord-Ouest maintient des communications efficaces.

2.4 L'esprit de collaboration est une qualité estimée.

- Le RLISS du Nord-Ouest reconnaît la valeur des partenaires du système qui collaborent, innovent et intègrent.
- Les partenariats sont basés sur la confiance, la transparence et les avantages qu'ils apportent au système.

3. **Capacité d'apprentissage, d'innovation et de recherche :**

3.1 L'apprentissage est partagé et mis en œuvre à l'échelle du système.

3.2 Le développement de chefs de file dans le système de santé est favorisé.

3.3 De nouvelles connaissances à l'égard du système de santé sont acquises dans le cadre de relations de recherche avec les partenaires clés.

3.4 Des solutions créatives sont mises au point en vue d'améliorer le système de santé du Nord-Ouest.

4. **Capacité d'apprentissage, d'innovation et de recherche :**

4.1 Les attentes sont réalistes et mutuellement comprises.

- Les parties intéressées comprennent le rayon d'influence du RLISS du Nord-Ouest et entretiennent des attentes raisonnables vis-à-vis du RLISS en respect de son mandat et de ses ressources.
- Les fournisseurs de services de santé comprennent clairement leurs responsabilités et de leur obligation d'obtenir des résultats à l'intérieur du système du RLISS.

4.2 Les résultats sont évalués.

- L'évaluation des résultats est considérée une partie intégrante du système.
- Les méthodes d'évaluation sont améliorées continuellement.
- Les responsabilités dans la transformation du système de santé sont comprises et partagées.

Chapitre 4

Vue d'ensemble du système de santé local actuel

4.1 RÔLE DU RLISS DU NORD-OUEST

Chargé de planifier, financer et intégrer les services de santé locaux, le RLISS du Nord-Ouest ne fournit pas de services de santé directement, mais travaille avec les fournisseurs de services de santé et les membres de la collectivité pour fixer des priorités et planifier les services de santé dans le Nord-Ouest de l'Ontario. Le RLISS du Nord-Ouest répartit les fonds entre les fournisseurs de services de santé suivants :

- les hôpitaux (13)
- le centre d'accès aux soins communautaires (CASC) (1)
- les organismes de soutien communautaire (61)
- les foyers de soins de longue durée (14)
- les centres de santé communautaire (CSC) (2)
- les organismes communautaires en santé mentale et en lutte contre les dépendances (37)

Le RLISS du Nord-Ouest vise à améliorer la qualité et l'accessibilité des soins de santé pour tous les résidents du Nord-Ouest de l'Ontario en améliorant l'intégration et la coordination des services de santé.

4.2 CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES ET DÉMOGRAPHIQUES

Le vaste territoire (voir la figure 1) et la population relativement peu nombreuse et dispersée du RLISS du Nord-Ouest posent des défis en matière de prestation des services de santé, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins, les ressources humaines en santé, l'importance des déplacements et le coût plus élevé des soins per capita.

VASTE TERRITOIRE ET FAIBLE DENSITÉ DÉMOGRAPHIQUE

Le RLISS du Nord-Ouest compte nombre de petites agglomérations et de communautés des Premières nations disséminées en régions rurales et éloignées. Dans ces régions, la planification des services de santé, leur prestation et l'accès aux soins présentent souvent des difficultés à cause de l'isolement des collectivités. Plusieurs communautés des Premières nations, par exemple, sont accessibles par voie aérienne seulement. Pendant une grande partie de l'année, la population du Nord-Ouest est confrontée à des conditions météorologiques difficiles, à des conditions de conduite dangereuses et à différents problèmes qui compliquent grandement les déplacements nécessaires pour accéder aux services de santé.

Figure 1. Carte du territoire du RLISS du Nord-Ouest

DÉMOGRAPHIE RÉGIONALE

Le RLISS du Nord-Ouest est le moins populeux de la province et sa population est en baisse alors que celle de la province augmente continuellement[20]. La figure 2 indique la répartition de la population du RLISS par sous-région.

Figure 2. Population totale et population autochtone par sous-région[21]

Sous-région	Population totale (recensement 2006)	% de la population qui déclare une identité autochtone
District de Kenora	61 510	38,4%
District de Rainy River	21 565	21,7%
District de Thunder Bay (à l'exclusion de la ville de Thunder Bay)	26 155	19,9%
Ville de Thunder Bay	122 905	8,3%
Total RLISS du Nord-Ouest	**232 135**	**19,0%*†**

La proportion de la population âgée de 65 ans et plus augmente dans le RLISS du Nord-Ouest, comme dans l'ensemble de la province. Dans le Nord-Ouest, cette tendance, qui devrait normalement se maintenir (figure 3), est due en partie à la migration des personnes de moins de 65 ans consécutive à la disparition des emplois.

Figure 3. Projection de la population du RLISS du Nord-Ouest par groupe d'âges[22]

ÂGE	2010	2030	% CHANGEMENT
0-19	55 125	45 318	-17,8
20-44	71 892	64 387	-10,4
45-64	69 557	53 299	-23,4
65-74	17 628	32 018	81,6
65-69	*9 845*	*16 690*	*69,5*
70-74	*7 783*	*15 328*	*96,9*
75+	15 756	25 469	61,6
75-79	*6 396*	*11 685*	*82,7*
80-74	*5 091*	*8 025*	*57,6*
85-89	*2 927*	*3 836*	*31,1*
90+	*1 342*	*1 923*	*43,3*
Tous les âges	**229 958**	**220 491**	**-4,1%**

Dans le RLISS du Nord-Ouest :

- Près du tiers (32,1 %) des personnes âgées vivent seules (25,7 % dans la province)[23].
- Un peu plus d'une personne sur cinq de 15 ans et plus (21,8 %) donne des soins ou fournit une aide bénévoles à une personne âgée (18,7 % dans la province)[24].
- Le ratio de dépendance (le nombre de personnes âgées de 0 à 19 et de plus de 65 ans divisé par le nombre de personnes en âge de travailler) s'établit à 67,2/100 (62,8/100 pour la province)[25]; plus ce ratio est élevé, plus est lourd le fardeau qu'assument les membres actifs de la collectivité pour s'occuper des personnes à charge. La variation entre sous-régions est importante à cet égard, le district de Thunder Bay présentant le ratio le plus faible (59,2) et le district Rainy River, le plus élevé (76,4).

Les indicateurs de statut socioéconomique laissent paraître de nombreux défis pour la région du Nord-Ouest. En plus de présenter le taux de scolarisation formelle le plus faible de la province, le RLISS du Nord-Ouest a le taux de chômage le plus élevé[26] — une tendance qui devrait se maintenir avec le déclin des industries basées sur les ressources naturelles dans la région. Il a largement été constaté que l'état de santé et l'utilisation des services de santé sont influencés par les pertes d'emploi massives dans le Nord-Ouest de l'Ontario. Ce fait n'a pas encore été confirmé par les données traditionnelles, étant donné le retard intrinsèque des cycles de collection des données.

Dans plusieurs collectivités du Nord-Ouest, une proportion élevée des emplois tournait autour de la foresterie et des secteurs des ressources. Le taux de chômage a connu un bond spectaculaire dans ces secteurs, ce qui a entraîné une chute des prestations-maladie, une augmentation du nombre de personnes demandant l'aide aux services en santé mentale et en lutte contre les dépendances, un affaiblissement du statut socio-économique et une baisse de la population (y compris les soignants naturels et les fournisseurs de services de santé).

* La sous-région du district de Kenora exclut quatre réserves autochtones (RA) incluses en tant que sous-divisions du district de Kenora dans le recensement, et qui sont rattachées au RLISS du Nord-Est : Attawapiskat, Fort Albany (en partie), Peawanuck et Marten Falls.

† L'estimation pour la totalité du RLISS du Nord-Ouest rajustée pour les RA partiellement dénombrées est de 19,2 %.

Les données recueillies dans le cadre du projet Partagez votre expérience, donnez forme à vos soins (Figure 4) et du rapport intitulé Forestry and Health :

An Exploratory Study of Health Status and Social Well-Being Changes in Northwestern Ontario Communities (ces deux rapports font partie des documents justificatifs) illustrent les changements qui se produisent dans le RLISS du Nord-Ouest.

Figure 4. Effets des changements économiques signalés dans le cadre de *Partagez votre expérience, donnez forme à vos soins* (2009)

Effet des changements économiques	A eu un effet « sur vous ou les gens de votre région » (oui, %)
violence à la maison	67,3
divorce	67,0
incapacité de faire remplir les prescriptions	62,8
abus de drogue ou d'alcool	45,7
difficulté d'acheter des aliments sains	36,9
anxiété	35,6
accroissement de la dépression	33,0

IMPORTANCE DE LA POPULATION AUTOCHTONE

Le RLISS du Nord-Ouest abrite un tiers de la population autochtone habitant une réserve en Ontario, un quart de la population hors réserve et un peu plus de la moitié des réserves et établissements autochtones[27]. La proportion d'autochtones dans la population du RLISS du Nord-Ouest est estimée à 19,2 % (après rajustement des données du recensement auprès d'Affaires indiennes et du Nord Canada [AINC] pour les réserves partiellement dénombrées). Cela représente un peu plus de 44 000 personnes qui se décrivent comme autochtones. De ces 19,2 % qui se déclarent autochtones, 15,3 % sont des autochtones nord-américains et 3,4 % des métis). Il existe de grandes variations entre les sous-régions qui composent le territoire du RLISS du Nord-Ouest relativement à la proportion de la population qui se déclare autochtone ; 38 % de la population de la région de Kenora est autochtone comparativement à 8 % dans la ville de Thunder Bay, pourcentage qui reste tout de même beaucoup plus élevé que la moyenne provinciale estimée de 2 % (figure 2).

Il est reconnu que le décompte de la population autochtone de la région du Nord-Ouest est probablement sous-évalué. Bien que les données sur l'utilisation des services de santé et les bilans de santé des autochtones du RLISS du Nord-Ouest ne soient pas disponibles, il semble bien que la population autochtone soit particulièrement vulnérable[28]; ses membres présentent un taux de maladie élevé, ils vivent souvent dans des communautés très éloignées et ils sont confrontés à des barrières linguistiques et culturelles qui limitent leur accès aux services de santé. La mauvaise santé et les conditions sociales défavorables de ces populations se traduisent par une espérance de vie inférieure. Ce fait, allié au taux de naissance élevé, composent une population autochtone beaucoup plus jeune que la population non autochtone. L'apparition de maladies chroniques plus tôt dans la vie entraîne aussi des besoins de soins à des âges plus jeunes que la population non autochtone.

Comparaison du RLISS du Nord-Ouest avec le reste de l'Ontario[29]:

- **Le plus grand territoire (47 %) de la province.**
- **La plus faible population (232 135 personnes, dont près de la moitié sont établis dans la ville de Thunder Bay).**
- **Le taux de chômage le plus élevé de la province.**
- **Une proportion légèrement plus élevée de personnes âgées de 65 ans et plus.**
- **Le plus fort pourcentage d'autochtones.**
- **Une proportion légèrement inférieure de francophones.**
- **A slightly lower proportion of Francophones.**

ÉTAT DE SANTÉ

La santé de la population du RLISS du Nord-Ouest est dans l'ensemble moins bonne que dans les autres régions de la province. Le vieillissement de la population, les conditions socioéconomiques ainsi que le déclin de l'économie locale entraînent une dépendance relativement lourde sur le système de santé. En comparaison avec l'ensemble de la province, les gens du Nord-Ouest font de mauvais choix de vie et ont moins facilement accès aux soins primaires. Ces facteurs contribuent au mauvais état de santé de la population du RLISS du Nord-Ouest.

En Ontario, le RLISS du Nord-Ouest se classe au premier rang dans les domaines suivants[30]:

- **Le pourcentage de fumeurs (24,3 % contre 18,7 %).**
- **Le pourcentage de buveurs excessifs parmi les buveurs (27,7 % contre 21,7 %).**
- **le pourcentage de personnes en surpoids/obèses âgées de 18 et plus (56,0 % contre 49,6 %).**
- **La prévalence de limitations à la participation et aux activités (40,8 % contre 33.1%).**
- **Le taux de la plupart des maladies chroniques dont le diabète (7,3 % contre 6,1%), l'hypertension (18,5 % contre 16,4 %) et l'arthrite (19,6 % contre 16,9 %).**
- **Le taux de mortalité par 100 000 personnes (676 contre 559).**
- **Le nombre d'années de vie potentielles perdues par 100 000 personnes (6509 contre 4682).**
- **Le pourcentage de décès avant 65 ans (25 % contre 21,5 %).**

Et au dernier rang dans les domaines suivants :

- **Le pourcentage des résidents ayant eu un contact avec un médecin au cours de la dernière année (74,7 % contre 80,6 %).**
- **L'espérance de vie chez les femmes et chez les hommes (respectivement 80,5 années contre 82,7 années et 76,8 années contre 78,6)[31].**
- **Le pourcentage de la population qui déclare être en « excellente » ou « très bonne » santé (53,1% contre 60,0 %).**

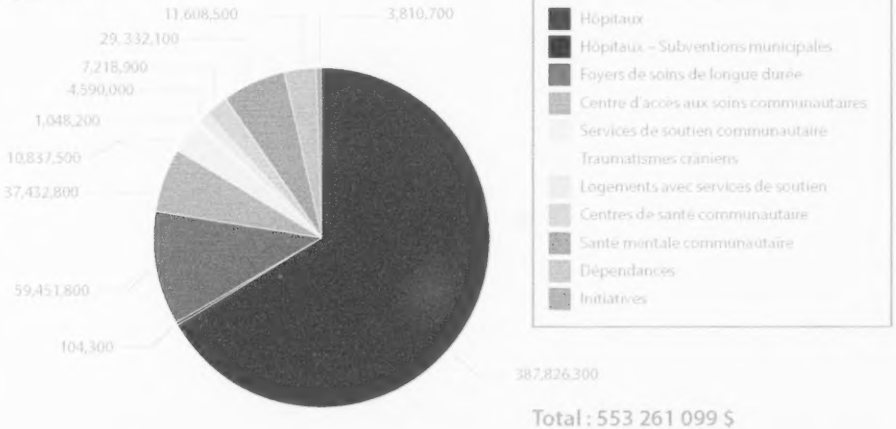
4.3 SERVICES DE SANTÉ

Challenges in providing service across the Northwest can be expected to increase, given the:

- le déclin de la population
- le vieillissement de la population
- le nombre de chômeurs élevé et en croissance
- le lourd fardeau des maladies chroniques et autres
- les mauvaises conditions socioéconomiques
- le mauvais état de santé général

Dans le RLISS du Nord-Ouest, les services de santé sont fournis dans différents secteurs. Tous les services ne sont pas financés par l'entremise du RLISS. Toutefois, la figure 5 qui suit indique la répartition du financement préliminaire par secteur dans le RLISS du Nord-Ouest pour 2009-2010.

Figure 5. Répartition des fonds dans le RLISS du Nord-Ouest, par secteur, pour 2009-2010 (Entente sur la responsabilisation ministère-RLISS) au 24 juillet 2009



Total : 553 261 099 $

Pour assurer l'accès à des soins de qualité tout au long du continuum de soins, tous les partenaires (fournisseurs de services de santé financés par le RLISS, autres fournisseurs, secteurs extérieurs à la santé et membres de la collectivité) devront travailler ensemble. L'information sur la disponibilité actuelle des services et leur utilisation au 1er septembre 2009 est présentée ci-dessous, par secteur.

SOINS PRIMAIRES

Dans le RLISS du Nord-Ouest, les résidents peuvent accéder aux soins primaires dans les endroits suivants (le nombre de services est indiqué entre parenthèses, le cas échéant) :

- cliniques (pratique solo ou en groupe)
- équipes de santé familiale (12, appel d'offres en cours)
- cliniques de soins infirmiers (1, qui ouvrira à Thunder Bay en 2010, appel d'offres en cours)
- centres de santé communautaire (2, NorWest CHC assure aussi le fonctionnement de 2 bureaux satellites et 1 unité mobile)
- centres d'accès aux soins de santé pour les autochtones (3)
- postes d'infirmerie (24)
- cliniques sans rendez-vous (disponibles à Thunder Bay seulement)
- services des urgences (12)
- équipe d'intervention infirmière en soins de longue durée (1, à mettre en place à Thunder Bay)
- centre de maternité et clinique de sages-femmes (tous deux à Thunder Bay)

Les difficultés à accéder aux soins primaires mènent à un taux élevé d'hospitalisation et de visites aux services des urgences :

- Dans la région du Nord-Ouest :
- On estime que 13,4 % de la population (22 000 personnes âgées de 16 ans et plus) n'ont pas de médecin de famille[32] (le taux le plus élevé de la province).
- Les résidents signalent les taux les plus faibles dans la province d'accès à un médecin (84,5 %) et de consultation d'un médecin (77,1 %)[33].
- Seuls les résidents de la ville de Thunder Bay reçoivent plus de 90 % de leurs services de soins primaires avec médecin dans leur propre sous-région[34].
- Les fournisseurs de soins primaires devant parfois se rendre dans des collectivités éloignées, le temps de déplacement réduit le nombre d'heures passées en clinique.
- Dans les petites collectivités, les praticiens assument souvent différents rôles (par ex. urgences, chef du personnel, anesthésie), ce qui réduit le temps passé à prodiguer des soins primaires.
- Plus de 122 000 visites pour des soins primaires sont fournies chaque année dans les postes d'infirmerie des communautés éloignées des Premières nations[35], ces visites étant financées par Santé Canada.

> « La pratique interprofessionnelle améliore l'accès aux soins primaires. Ce modèle fonctionne très bien dans le Nord. »
>
> Dr Joshua Tepper, septembre 2008, série de vidéoconférences du RLISS du Nord-Ouest

SOINS COMMUNAUTAIRES

Les soins dans la collectivité sont fournis par le Centre d'accès aux soins communautaires du Nord-Ouest (CASC), les organismes de soutien communautaire (OSC), le MSSLD et/ou Santé Canada. Dans la région du Nord-Ouest :

- Le CASC du Nord-Ouest fournit des services de soutien en santé à domicile et à l'école incluant des services de gestion de cas, d'aide familiale, d'infirmerie et de thérapie.
- Notre territoire compte 61 agences de services de soutien communautaire. Parmi les services offerts, on compte la livraison de repas, les repas collectifs et sociaux, le transport, les visites amicales, les logements avec services de soutien et les résidences assistées, ainsi que l'aide pour les personnes qui vivent avec un traumatisme crânien.
- Trente-cinq organisations qui fournissent des services de soutien communautaire sont autochtones. Dans les communautés autochtones, les services les plus souvent offerts sont l'entretien ménager et l'aide familiale. Ces programmes incluent des activités auprès des aînés, par exemple le pelletage des entrées, la livraison d'eau potable prélevée dans un lac et la coupe du bois de chauffage. Il convient de noter que dans plusieurs communautés des Premières nations, les services de soutien communautaire reçoivent des fonds de Santé Canada.

- Les services d'aide familiale et d'infirmerie fournis aux communautés des Premières nations sont financés par le MSSLD.
- Il est de notoriété qu'une quantité considérable de soins dans la collectivité sont fournis par des soignants naturels (membres de la famille, amis, voisins). Étant donné le vieillissement de la population du Nord-Ouest et le déclin du bassin des soignants naturels, on s'attend à un accroissement de la demande pour des services de soins structurés.

SOINS ACTIFS

La région du Nord-Ouest compte 12 hôpitaux de soins actifs; l'unique centre tertiaire est le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay (CRSSTB). Dans le RLISS du Nord-Ouest :

- Le taux d'utilisation des hôpitaux est le plus élevé de la province (1202,4 mises en congé par 10 000 résidents en 2007-2008)[36].
- La fréquence des visites non urgentes aux services des urgences est la plus élevée de la province (233 par 1000 résidents contre 40/1000 dans la province)[37,38].
- Dix pour cent des personnes qui se rendent dans un service des urgences sont admises à l'hôpital[39].
- La fréquence plus élevée des visites aux urgences se confirme à tous les niveaux de triage[40].
- Le recours aux urgences est largement le résultat d'un problème d'accès aux soins primaires dans la collectivité (par ex. les cliniques sans rendez-vous et les cliniques ouvertes après les heures normales).
- Le pourcentage des jours d'ANS est le cinquième plus élevé de la province[41].
- Environ dix pour cent des patients sont orientés vers d'autres parties de la province ou à Winnipeg, au Manitoba, pour recevoir les services spécialisés dont ils ont besoin[42].
- Des services de soins intensifs sont offerts à Dryden, Fort Frances, Kenora et Thunder Bay.
- Les soins « près du domicile » sont offerts dans le cadre de différents programmes régionaux coordonnés avec les hôpitaux communautaires (par ex. services de soins oncologiques, de réadaptation cardiaque, unités mobiles, services de télémédecine et le Programme de consultations offertes par des spécialistes itinérants).

SOINS DE LONGUE DURÉE (SLD)

Le RLISS du Nord-Ouest souffre d'un déficit de services communautaires autres que les foyers de soins de longue durée (résidences assistées, relève, logements avec services de soutien, aide familiale, etc.), ce qui crée un fardeau supplémentaire pour le système et pour les résidents (personnes âgées, handicapés, personnes ayant un traumatisme crânien, etc.) qui doivent recevoir des soins dans un endroit approprié souvent situé loin de leur domicile.

- Le RLISS du Nord-Ouest compte actuellement 1 759 lits de soins de longue durée, dont 117 lits du programme EldCap financés par l'entremise de sept hôpitaux et 1 642 lits de soins de longue durée financés par l'entremise de 14 foyers de soins de longue durée. Ces 1 642 lits de soins de longue durée comprennent 76 lits provisoires dans trois établissements, neuf lits de convalescence dans un établissement et dix lits de courte durée dans quatre endroits.
- Certains lits vétustes dans cinq établissements sont admissibles au programme de renouvellement des établissements de soins de longue durée du ministère[43].
- Dans la ville de Thunder Bay, 300 lits seront redéveloppés dans le cadre du Centre d'excellence en services aux aînés intégrés (CESAI), qui ouvrira ses portes en 2012. Le projet du CESAI comprendra 336 lits de soins de longue durée dont un maximum de 64 seront des lits comportementaux régionaux, 132 nouvelles unités d'habitation assistées, une amélioration des services de soutien communautaire pour 120 nouveaux clients et une augmentation des services CSAC pour 30 autres clients.
- Au cours de la dernière année, le taux d'occupation des lits dans les foyers de soins de longue durée du Nord-Ouest a varié entre 98,0 % (janvier 2009) et 99,5 % (juillet 2008). Il s'est situé en moyenne à 98,8 %[44].
- Le Nord-Ouest compte un pourcentage de personnes âgées de 65 ans légèrement supérieur à la moyenne provinciale et la population de moins de 65 ans est en décroissance[45], ce qui laisse présager que les soins actuellement offerts par des soignants naturels ne pourront être maintenus à mesure que la population vieillira.
- Si les pratiques actuelles demeurent inchangées, on prévoit une croissance de 10 % de la demande de lits de soins de longue durée d'ici 2015.
- Parmi les RLISS de la province, celui du Nord-Ouest présente la liste d'attente pour placement en soins de longue durée la plus longue (191 jours) et il occupe le troisième rang pour le nombre de patients sur la liste d'attente de soins de longue durée per capita[46].

SOINS CONTINUS COMPLEXES ET RÉADAPTATION DES PATIENTS HOSPITALISÉS

Le RLISS du Nord-Ouest compte 270 lits de soins continus complexes (SCC) ainsi que 50 lits de réadaptation au St. Joseph's Care Group de Thunder Bay. Vingt-sept pour cent (2007-2008) des jours ASN en soins actifs dans le Nord-Ouest étaient occupés par des patients qui ont été ultérieurement transférés vers un lit SCC[17].

MSSLD »

AMÉLIORATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE ET EN LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES

Le RLISS du Nord-Ouest finance trente-sept organismes communautaires en santé mentale et lutte contre les dépendances. D'autres services sont offerts dans le cadre d'autres arrangements financiers (Santé Canada, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, etc.).

La région compte deux établissements de l'annexe 1* (à Kenora et Thunder Bay) et un service de médecine légale au Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay. Dans le RLISS du Nord-Ouest[18] :

- 10 % des Ontariens et Ontariennes qui abusent des substances ou qui ont des problèmes de jeu résident dans le Nord-Ouest de l'Ontario (qui compose seulement 2 % de la population totale de la province).

MSSLD »

- Les troubles liés à la consommation de substances comptent pour le pourcentage le plus élevé (45,0 %) de visites aux services des urgences liées à la santé mentale (27,5 % dans la province).
- Le pourcentage des hospitalisations dans les services de santé mentale qui sont accompagnées de problèmes liés à la consommation de substances est plus forte qu'à l'échelle de la province (37,6 % contre 15,1 %).
- Plus de la moitié (56,1 %) des clients qui requièrent des services de lutte contre les dépendances sont au chômage ou leur situation d'emploi est inconnue (35,3 % en Ontario).
- Étant donné l'absence de services spécialisés dans la plupart des collectivités, l'accès aux services en santé mentale a été désigné comme un problème pour les clients en crise ou qui nécessitent des soins spéciaux, des soins de transition, des logements avec services de soutien et des services sans rendez-vous.
- La population de nouveaux clients des services de lutte contre l'abus de substance et les problèmes de jeu est plus âgée que la moyenne provinciale (30,5 % de moins de 35 ans contre 43,6 % et 18,3 % de plus de 55 ans contre 9,9 %).
- Le taux de suicide est près de deux fois plus élevé que la moyenne provinciale (15,2/100 000 contre 7,7/100 000).

Une fondation solide : prendre appui sur les forces du Nord-Ouest de l'Ontario :

- **Technologie : Les résidents du Nord-Ouest se situent à l'avant-garde de l'utilisation de la technologie (y compris la télémédecine et l'infrastructure de cybersanté [par ex. archivage et transmission d'images – PACS]) comme outil d'accès aux soins.**
- **Partenariats : Les résidents du Nord-Ouest sont habitués à s'entraider pour répondre aux besoins de la collectivité et améliorer la vie de leurs voisins. Cette tendance se poursuit, comme le prouve la forte participation de la population aux activités de mobilisation communautaire.**
- **Innovation : Le Nord-Ouest est reconnu au niveau provincial, national et international pour l'esprit d'innovation de ses résidents. Pour planifier et fournir les soins dans les collectivités rurales et éloignées du Nord, il faut faire preuve d'imagination pour trouver de nouvelles façons de répondre aux besoins de notre population (notamment sur le plan de la prestation des services, de la planification des ressources humaines et de la formation).**

La collecte, l'interprétation et l'analyse des données sont des processus continus et les données recueillies sont utilisées pour définir les priorités, élaborer des plans d'action et déterminer le mode de répartition des ressources. Des données plus détaillées sur le RLISS du Nord-Ouest figurent à la section des documents justificatifs.

*Un établissement de santé ou un hôpital peut demander d'être désigné établissement psychiatrique en vertu de l'annexe 1 de la Loi sur la santé mentale.

- moins d'en être exempté par le ministre, un établissement psychiatrique désigné en vertu de l'annexe 1 doit offrir un programme qui comprend les cinq services essentiels figurant dans le Règlement de l'Ontario 741 pris en application de la Loi sur la santé mentale :
  - services en milieu hospitalier
  - services en consultation externe
  - services des urgences
  - services de jour
  - services éducatifs et services de consultation à l'intention d'organismes locaux
- Un établissement psychiatrique peut admettre et détenir des patients en cure obligatoire en vertu de la Loi, s'il est nécessaire de leur fournir des services en milieu hospitalier. Les établissements psychiatriques désignés qui peuvent admettre et détenir des patients en cure obligatoire sont énumérés à l'annexe 1 des désignations affichées sur le site web du ministère. Les désignations ainsi que toute exemption à la règle des services essentiels prévue au règlement sont réservées au ministre.

Chapitre 5

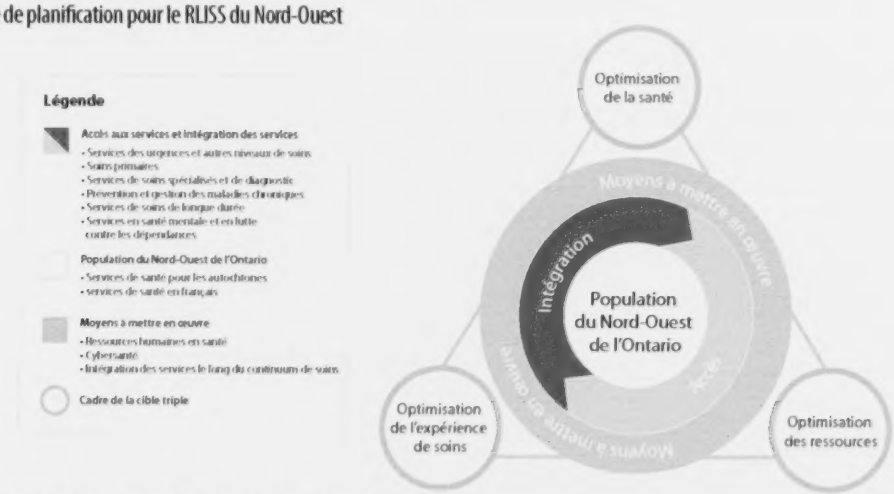
Cadre de planification

Pour que le RLISS du Nord-Ouest puisse planifier et intégrer les services de santé locaux et répartir les ressources de façon responsable, nous avons mis en place un processus continu de planification à long et court termes qui s'appuie sur des analyses de données et la mobilisation communautaire. Ce processus nous rapproche de notre objectif de prendre des décisions qui reflètent les besoins de la population du Nord-Ouest de l'Ontario. La prestation des services et la transformation du système présentent de nombreux défis, mais la région du Nord-Ouest peut aussi compter sur plusieurs forces vives et présente de nombreuses occasions.

5.1 MODÈLE DE PLANIFICATION POUR LE NORD-OUEST

La figure qui suit illustre un modèle de planification dans le RLISS du Nord-Ouest qui incorpore les grandes questions identifiées lors des activités de mobilisation communautaire et dans le cadre de l'analyse des données (accès aux services, intégration/coordination des services et moyens à mettre en œuvre pour faciliter la modification du système) et le cadre de la cible triple (section 5.2) d'amélioration de la qualité, tous axés sur le maintien de la santé de la population du Nord-Ouest.

Figure 6. Modèle de planification pour le RLISS du Nord-Ouest



5.1.1 ACCÈS AUX SERVICES ET INTÉGRATION DES SERVICES

L'accès aux services ainsi que leur intégration et leur coordination le long du continuum de soins dans les collectivités du RLISS du Nord-Ouest représentent un défi, comme l'attestent le pourcentage de personnes sans médecin attitré, la surutilisation des services des urgences, les pressions sur les autres niveaux de soins et l'information obtenue dans les cadre des initiatives de mobilisation communautaire.

Le problème de l'accès comporte plusieurs volets : avoir un fournisseur de soins primaires (soins médicaux à domicile) pour répondre aux besoins de soins primaires et diriger les patients vers les autres services, satisfaire aux critères d'admission à certains services, avoir des places disponibles et avoir des services structurés de façon à ce que tous les résidents du Nord-Ouest puissent accéder aux soins.

Le transport représente une barrière à l'accès aux services de santé dans plusieurs RLISS, mais ce problème est encore plus criant dans le Nord-Ouest à cause des distances considérables qui séparent les collectivités et de l'absence de services de transport (taxis, autobus, trains, avions, etc.) entre la plupart des localités. Les transports d'urgence se font souvent par air, tout comme les déplacements vers plusieurs communautés éloignées des Premières nations. La question des transferts non urgents par ambulance terrestre constitue un problème important pour les fournisseurs de services et les clients du Nord-Ouest et la grandeur du territoire entraîne un recours fréquent à ces transferts. Étant donné l'importance du transport pour accéder aux soins, il faudra aborder la question dans tous les plans de mise en œuvre des priorités (chapitre 6) et créer de solides partenariats entre les secteurs et les paliers de compétence.

« L'intégration ne consiste pas à regrouper des fragments. »

Dr Charles Boelen, 2007, rencontre avec les RLISS du Nord-Ouest et du Nord-Est et l'École de médecine du Nord de l'Ontario.

Les RLISS ont pour mandat d'intégrer les services. En comblant les manques et en réduisant la redondance des services, nous pourrons faire un usage plus judicieux des ressources disponibles. La coordination et la communication à l'intérieur des services et des secteurs et entre les services et les secteurs est un élément clé de l'amélioration de la qualité des soins, de l'expérience du patient/client et de une bonne utilisation de nos ressources limitées (y compris les ressources humaines, l'argent et le temps).

5.1.2 POPULATION DU NORD-OUEST DE L'ONTARIO

Le but fondamental du RLISS est d'améliorer l'état de santé et l'expérience de soins de la population du Nord-Ouest de l'Ontario grâce à la planification, à l'intégration et à une meilleure répartition des ressources. Chaque membre de la population parsemée desservie par le RLISS du Nord-Ouest (232 135 personnes) sera éventuellement appel à l'un ou l'autre service de soins, selon ses besoins particuliers. Pour assurer une planification axée sur le client, le RLISS du Nord-Ouest doit tenir compte des besoins de tous les résidents, en fonction de leur langue et de leur culture, y compris les personnes ayant des besoins spéciaux et/ou des invalidités, les personnes de tous les âges, les familles et les systèmes de soutien.

Notre but étant de fournir les meilleurs soins possible à tous les résidents du Nord-Ouest, les populations autochtones et francophones occupent une place particulière dans nos priorités.

5.1.3 MOYENS À METTRE EN ŒUVRE

Pour répondre aux besoins de notre région, nous devrons adopter des stratégies d'habilitation. Les fournisseurs de services de santé et le public en général reconnaissent l'utilité de la cybersanté comme outil pour faciliter l'accès et l'intégration des services, améliorer la qualité des soins et l'état de santé général de la population et soutenir la gestion de la performance. Sans un approvisionnement adéquat en ressources humaines, il ne serait pas possible de fournir les soins. Nous devons absolument utiliser notre main-d'œuvre judicieusement, tirer profit au maximum des compétences professionnelles de chacun et travailler avec nos partenaires pour satisfaire les exigence actuelles et futures de nos professionnels. L'intégration des services le long du continuum de soins nous permettra d'apporter les transformations requises par notre système de santé.

5.2 CADRE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Afin de soutenir l'amélioration de la qualité dans nos activités et le réaménagement du système de santé, le RLISS du Nord-Ouest a décidé d'appliquer le cadre de la cible triple élaboré par l'Institute for Healthcare Improvement[19] (voir la figure 6).

Ce cadre propose un ensemble de cibles réparties dans trois domaines (amélioration de la santé de la population, expérience des soins reçus au niveau individuel et coût per capita), des mesures systémiques dans les trois domaines, un intégrateur capable de rassembler les soins requis pour le compte de la population et un ensemble de principes conceptuels :

- Accroître le rôle des patients et des familles dans la conception et la gestion des soins.
- Redéfinir le rôle des soins primaires et prendre des mesures pour prévenir la maladies et agir en faveur de la santé.
- S'employer intentionnellement à contrôler les coûts en améliorant la coordination tout au long du continuum de soins, en réduisant les écarts non souhaités et en freinant la surutilisation des services.
- Améliorer la capacité d'intégrer les soins de santé, la santé publique et les soins sociaux au profit de la population.

Ce modèle d'amélioration de la qualité s'amalgame bien avec d'autres initiatives du cycle d'amélioration rapide (par exemple le principe PFÉA — planifier, faire, étudier, agir) qui sont mis de l'avant par de nombreux fournisseurs de services de santé du Nord-Ouest. Des séances d'information et des mesures de communication continue seront mises en place afin de faire connaître et adopter ce cadre d'amélioration.

5.3 SOUTIEN DU CADRE DE PLANIFICATION

La mise en application du cadre présenté ci-dessus et la concrétisation des priorités du RLISS du Nord-Ouest s'appuieront sur des données, des partenariats, l'innovation, la responsabilisation et des outils financiers, de la façon décrite ci-dessous.

5.3.1 DONNÉES

Afin que les décisions de planification et de répartition des ressources soient fondées sur les meilleures données disponibles, le RLISS du Nord-Ouest collecte, analyse et déclare des données qualitatives et quantitatives de façon régulière. Les écarts entre les collectivités nécessitent la collecte et l'utilisation de données locales, y compris la mobilisation massive de la collectivité.

Données quantitatives

Les données quantitatives proviennent de plusieurs sources qui vont des dossiers des services de santé locaux jusqu'aux enquêtes nationales. Il est essentiel d'interpréter l'information de façon appropriée pour tirer des conclusions qui reflètent précisément notre milieu.

Les données étant limitées dans plusieurs domaines (par exemple en ce qui concerne le décompte et l'état de santé de la population autochtone), il sera nécessaire d'améliorer la précision et le mode de collecte des données locales et/ou d'établir des partenariats avec d'autres organismes et paliers de compétence. Le RLISS continuera à analyser les données pour en déceler les lacunes et les compléter avec d'autres données quantitatives ou qualitatives locales dans la mesure du possible.

Plus d'information sur l'état de santé de la population, l'utilisation des services de santé et d'autres données quantitatives disponibles pour le Nord-Ouest de l'Ontario se trouvent dans la section d'analyse du milieu, dans les documents justificatifs.

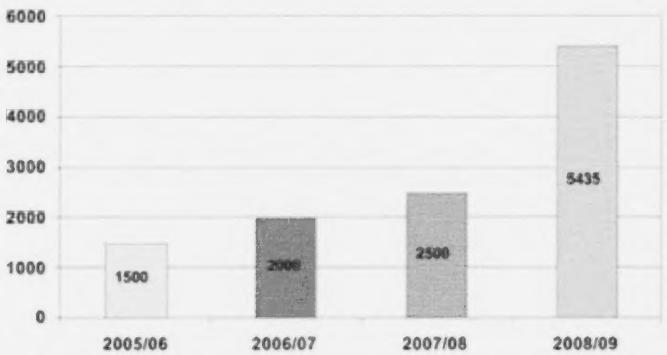
Données qualitatives

La mobilisation communautaire demeure une priorité du RLISS du Nord-Ouest. Elle permet de recueillir de l'information précieuse pour déterminer les priorités du système de santé, les occasions de former de nouveaux partenariats et les innovations qui permettront d'aplanir les difficultés.

***Partagez votre expérience, donnez forme à vos soins* a été la plus importante activité de mobilisation du RLISS en 2009. Plus de 800 résidents du Nord-Ouest ont désigné des priorités en matière de soins, se sont prononcés sur les mesures suggérées et ont partagé leurs anecdotes et leurs idées en vue d'améliorer la coordination de notre syst1me de santé. Les documents justificatifs contiennent des rapports sommaires sur cette initiative.**

L'information recueillie dans le cadre de la mobilisation communautaire est très précieuse pour le RLISS du Nord-Ouest, comme l'indique le nombre croissant de séances organisées et de personnes qui y participent (voir la figure 7). Les données amassées lors des discussions avec les résidents et les fournisseurs de services locaux facilitent la prise de décision sur la base des réalités, des besoins et des possibilités locales. Pour en savoir plus, aller à la section des documents justificatifs portant sur la mobilisation communautaire.

Figure 7. Nombre de personnes engagées dans les activités du RLISS du Nord-Ouest (2005-2006 à 2008-2009)



Étant donné l'interdépendance de notre système de santé, nos partenaires sont notamment des fournisseurs de services de santé, des membres et des chefs de file de la collectivité, des éducateurs, des représentants des gouvernements municipal, provincial et fédéral, les autres ministères et collectivités publiques, ainsi que d'autres organismes de financement.

En 2008-2009, le RLISS du Nord-Ouest a noué le dialogue avec plus de 5 435 personnes lors de 331 séances tenues dans la région sous forme de forums, tables rondes, réunions, ateliers, mesures de formation et enquêtes.

5.3.2 PARTENARIATS

Pour modifier vraiment le système, il faut obtenir la collaboration des organisations, des collectivités et des individus à la grandeur du RLISS et ailleurs en Ontario. Il est impératif que nous travaillions avec tous les partenaires qui sont appelés à jouer un rôle dans la prestation des soins de santé, y compris ceux qui ne reçoivent pas leurs fonds directement du RLISS (la santé publique, les médecins, les municipalités, etc.), si nous voulons répondre aux besoins locaux. Pour obtenir la liste complète des parties intéressées, voir la Stratégie de mobilisation communautaire dans les documents justificatifs.

Afin de soutenir les initiatives de planification et repérer les occasions d'intégration, le RLISS du Nord-Ouest a mis sur pied plusieurs équipes consultatives, comités et groupes de travail en vue de faire progresser les secteurs prioritaires désignés dans le PSSI.

« La transformation doit être une préoccupation quotidienne pour tout le monde qui travaille dans le système de santé, _ partir de l'aide _ domicile jusqu'au neurochirurgien. »

Steven Lewis, mars 2008, An Opportunity for Real Change: Advancing Health System Transformation in the North West LHIN.

5.3.3 INNOVATION

Afin d'assurer que les séances d'information et de constitution de capacité soient disponibles sur tout le territoire du Nord-Ouest, le RLISS du Nord-Ouest a organisé différentes activités, y compris une série de vidéoconférences, de forums avec invités de réputation internationale ainsi que des séances d'enseignement et de formation portant sur des pratiques cliniques, la planification du système et les obligations de déclaration.

Les vidéoconférences et la diffusion web sont largement utilisées pour donner et recueillir de l'information et, quand cela est possible, les séances sont archivées en ligne pour visionnement ultérieur et par les personnes en milieu éloigné. Les médias de réseautage social comme YouTube, Facebook, les blogues et les babillards sont également mis à profit pour communiquer avec nos partenaires.

Afin de faire connaître les innovations mises de l'avant par les fournisseurs de services et les collectivités, le RLISS du Nord-Ouest a organisé en mars 2009 un forum intitulé Building Quality and Efficiency: Together We Can. Pendant cette activité, des représentants de toute la région ont pu prendre connaissance de différentes innovations locales. Il est possible de faire connaître d'autres innovations en santé au moyen du site web du RLISS du Nord-Ouest. LHINkages, le bulletin du RLISS du Nord-Ouest continuera à faire connaître les fournisseurs locaux innovateurs.

5.3.4 RESPONSABILITÉS ET OUTILS FINANCIERS

Le RLISS du Nord-Ouest poursuivra ses efforts concertés en vue de lancer des discussions sur l'intégration avec les fournisseurs de services de santé et leurs conseils d'administration. L'inclusion de plans d'intégration dans les ententes sur la responsabilisation en matière de services permet aux fournisseurs de services de santé de décrire des initiatives d'intégration pertinentes intrasectoriels et intersectoriels en application de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local. Le RLISS du Nord-Ouest continuera d'inclure l'intégration en tant que composante intégrante de tous les appels d'offres dans le but d'améliorer les occasions de déterminer les initiatives qu'il est possible de prendre dans notre système.

Pour le financement des priorités de transformation du système de santé indiquées au chapitre 6, les répercussions financières varient selon le type de stratégie et le contexte particulier. Ces répercussions incluent :

Utiliser les fonds alloués pour les initiatives spéciales (par ex. le Fonds pour les initiatives prioritaires ou le programme Vieillir chez soi).

- Identifier les économies potentielles, y compris les surplus en cours d'exercice, qui pourraient être réaffectées.
- Évaluer l'impact des stratégies à mesure qu'elles sont mises en place.
- Réaffecter les ressources d'un secteur qui présente de faibles avantages accessoires vers un autre plus avantageux.

Quand vient le temps de déterminer les affectations de fonds sur la base d'appels d'offres ou d'autres modes de soumission, le RLISS du Nord-Ouest applique un cadre d'établissement des priorités et de prise de décision. Ce modèle, qui s'appuie sur les pratiques exemplaires actuelles, a été élaboré en collaboration avec les parties intéressées, d'autres RLISS et deux chercheurs, le Dr Jennifer Gibson de l'Université de Toronto et le Dr Craig Mitton de l'Université de Colombie-Britannique. De plus amples informations sur ce cadre décisionnel figurent dans les documents justificatifs.

Chapitre 6

Priorités et orientations stratégiques pour le système de santé local

Les priorités établies en matière de changement dans le Plan de services de santé intégrés (2010-2013) du RLISS du Nord-Ouest sont étroitement alignés sur les priorités du MSSLD (voir le chapitre 2). Elles ont été définies dans le cadre d'activités de mobilisation communautaire continues et de collecte, d'interprétation et d'analyse de données. Les priorité du RLISS du Nord-Ouest sont les suivantes :

- Services des urgences et autres niveaux de soins
- Soins primaires
- Services de soins spécialisés et de diagnostic
- Prévention et gestion des maladies chroniques
- Services de soins de longue durée
- Services en santé mentale et en lutte contre les dépendances
- Services de santé pour les autochtones
- Services de santé en français
- Ressources humaines en santé
- Cybersanté
- Intégration des services le long du continuum de soins

Certains objectifs découlant de chacune de ces priorités sont des objectifs à long terme dont la réalisation prendra plus de trois ans. Les stratégies mises de l'avant dans ce plan visent à nous rapprocher de ces objectifs au cours des trois prochaines années.

Étant donné l'interdépendance du système de santé, il va de soi que les plans de mise en œuvre des différentes priorités se chevaucheront. La modification du système exige la participation de tous les partenaires. Les activités suivantes font partie intégrante de la réalisation des priorités du RLISS :

1. **Optimisation de la santé**

- Améliorer les communications et la coordination à l'intérieur des secteurs de la santé et entre les secteurs.
- Intégrer les services pour améliorer les résultats de santé.
- Affecter des ressources pour répondre aux besoins locaux.
- Promouvoir l'adoption des pratiques exemplaires.
- Mettre en œuvre des initiatives visant à améliorer la qualité.
- Appuyer l'innovation locale.
- Promouvoir l'excellence dans les pratiques cliniques, l'enseignement et la recherche en milieu nordique, rural et éloigné.
- Assurer que toutes les personnes, y compris celles qui sont traditionnellement marginalisées, soient prises en considération.
- Établir des partenariats avec les parties intéressées à l'extérieur du système de santé afin d'intégrer des solutions dans les déterminants sociaux de la santé.

2. **Optimisation des soins**

- Intégrer les services pour assurer la continuité harmonieuse des soins.
- Habiliter les individus à prendre leur santé en main.
- Apprécier et respecter la diversité individuelle.
- Améliorer l'expérience du patient par l'innovation et l'amélioration de la qualité.
- Exiger que la satisfaction et les suggestions des patients entrent dans la planification des services et la modification des modes de prestation.

3. **Optimisation des coûts**

- Intégrer les services pour utiliser les ressources plus efficacement.
- Aligner les ressources pour maximiser l'efficacité.
- Améliorer l'efficacité et l'efficience en appliquant les pratiques exemplaires et par des initiatives d'amélioration de la qualité.
- Encourager l'innovation par des affectations ciblées de façon à faire la meilleure utilisation possible des ressources disponibles.
- Accroître la responsabilisation par l'application de mesures de gestion de la performance.

6.1 ACCÈS AUX SERVICES ET INTÉGRATION DES SERVICES

MSSLD » Priorité 1 : Temps d'attente dans les services des urgences et autres niveaux de soins

BUT : Améliorer la performance du système de santé et intégrer les soins au bon endroit pour le patient/client, au bon moment et par le bon fournisseur de soins.

OBJECTIFS :

1. Réduire le nombre de visites inutiles dans les services des urgences.
2. Réduire le temps passé à attendre dans les services des urgences.
3. Améliorer l'utilisation des lits et le mouvement des patients à l'intérieur du système.
4. Améliorer la satisfaction du patient et de la famille à l'égard de l'expérience de soins.

PLANS DE MISE EN ŒUVRE :

- Mettre en place d'autres milieux de soins communautaires et non urgents innovateurs (équipes d'intervention infirmière pour soins de longue durée, stratégies de prévention et de gestion des maladies chroniques, stratégies en santé mentale et en lutte contre les dépendances, etc.).
- Mettre en œuvre le Programme d'amélioration de la performance dans les services des urgences dans les hôpitaux à volume élevé du RLISS du Nord-Ouest.
- Créer des lieux de soins de transition et de soins de longue durée dans la collectivité.
- Créer une capacité à long terme d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux et les CSAC du RLISS du Nord-Ouest par l'entremise de la Stratégie de propagation collaborative Flo.
- Donner suite aux recommandations de l'Étude régionale sur les services des urgences.

Priorité 2 : Soins primaires

BUT : Améliorer l'accès aux soins primaires en utilisant plus souvent des équipes interprofessionnelles tirant profit au maximum des compétences professionnelles de chaque membre.

OBJECTIFS :

1. Hausser le pourcentage de la population qui peut compter sur un accès régulier à un fournisseur ou à une équipe de fournisseurs de soins primaires.
2. Améliorer l'intégration entre hôpitaux et services de soins primaires dans les petites localités.
3. MSSLD » Réduire le nombre de visites aux services des urgences et d'admissions à l'hôpital qui peuvent être évitées.
4. Améliorer l'accès en temps opportun aux services de soins primaires (par ex. initiatives d'accès le même jour).

PLANS DE MISE EN ŒUVRE :

	2010/11	2011/12	2012/13
· Identifier et encourager les stratégies innovatrices qui permettront aux fournisseurs de soins de santé (FSS) de tirer profit au maximum des compétences professionnelles de chacun.			
MSSLD » · Favoriser la prestation des soins primaires par télémédecine.			
· Promouvoir l'apprentissage et de la pratique interprofessionnels.			
· Travailler avec les fournisseurs de soins primaires en pratique de groupe ou solo en vue de trouver des occasions d'améliorer l'accès aux services de soins primaires.			
· Promouvoir la mise en place de nouvelles initiatives de soins primaires (par ex. le programme Accès Soins, Équipes Santé familiale, les cliniques de soins infirmiers et les équipes d'intervention infirmières pour soins de longue durée).			
· En collaboration avec nos partenaires, accroître l'accès aux soins primaires au moyen de services mobiles et de proximité.			

Priorité 3 : Services de soins spécialisés et de diagnostic

BUT : Améliorer l'accès aux services de soins spécialisés et de diagnostic.

OBJECTIFS :

1. Réduire les barrières à l'accès aux services de soins spécialisés et de diagnostic.
2. Réduire les temps d'attente pour les interventions désignées dans la Stratégie de réduction des temps d'attente (remplacement de la hanche et du genou, chirurgie de la cataracte, chirurgie cardiaque, chirurgies liées au cancer, chirurgie pédiatrique, chirurgie générale et services de diagnostic).
3. Améliorer la préparation du système en prévision d'une éventuelle forte augmentation de la demande de soins aux malades en phase critique attribuable aux pandémies ou à d'autres événements.

PLANS DE MISE EN ŒUVRE :

	2010/11	2011/12	2012/13
MSSLD » · Mettre en œuvre les initiatives de cybersanté.			
· Déterminer, surveiller et déclarer les temps d'attente pour les interventions désignées dans la Stratégie de réduction des temps d'attente.			
· Mettre en œuvre des modèles qui améliorent l'accès aux soins spécialisés près du domicile y compris l'utilisation de la télémédecine, le Programme de consultations offertes par des spécialistes itinérants et les services mobiles.			
· Favoriser l'application de processus cliniques et de façons de faire qui facilitent le mouvement des patients dans le continuum de soins spécialisés.			
· Mettre en place un plan de désengorgement des urgences en situation de crise pour le RLISS du Nord-Ouest.			

Priorité 4 : Prévention et gestion des maladies chroniques

BUT : Améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques en créant une culture de responsabilisation personnelle en santé et en mettant en application des pratiques fondées sur les faits.

OBJECTIFS :

1. Réduire la prévalence des maladies chroniques en développant des initiatives de prévention primaire.
2. MSSLD » Accroître la mise en œuvre de pratiques fondées sur des faits dans la gestion des maladies chroniques (par l'entremise de programmes comme le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation – PAQI).
3. Améliorer la capacité d'autogestion chez les cliniciens et la population du Nord-Ouest de l'Ontario.
4. MSSLD » Réduire le nombre de visites aux services des urgences et d'admissions à l'hôpital qui peuvent être évitées.
5. MSSLD » Mettre en application la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète dans le RLISS du Nord-Ouest.

PLANS DE MISE EN ŒUVRE :

	2010/11	2011/12	2012/13
· Appuyer les initiatives visant à améliorer la santé de la population.			
MSSLD » · Améliorer l'intégration des services de gestion des maladies chroniques en assurant la mise en place de dossiers médicaux électroniques et en collaborant avec les fournisseurs pour trouver des occasions d'intégration.			
· Mettre en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité menant à la mise en application des pratiques exemplaires comme le programme PAQI et le soutien des décisions des fournisseurs.			
· Développer les capacités d'autogestion en offrant un soutien continu au réseau régional, et en s'appuyant sur le perfectionnement professionnel et l'évaluation de l'efficacité des programmes d'autogestion.			
MSSLD » · Mettre en œuvre des initiatives visant à atteindre les buts de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète.			

Priorité 5 : Services de soins de longue durée

BUT : Créer un système de services intégrés qui permettra aux résidents du Nord-Ouest de l'Ontario de vivre de façon indépendante et dans la dignité.

OBJECTIFS :

1. Accroître le soutien offert aux personnes et à leurs soignants.
2. Améliorer l'accès aux services de soins de longue durée.
3. MSSLD » Réduire le nombre de visites aux services des urgences et d'admissions à l'hôpital qui peuvent être évitées.

PLANS DE MISE EN ŒUVRE :

- Faciliter le développement du Centre d'excellence en services aux aînés intégrés (CESAI) dans la ville de Thunder Bay, et notamment :
  - accroître les services de soutien communautaire
  - accroître les services du centre d'accès aux soins communautaires
  - améliorer les logements assistés
  - offrir des services spécialisés aux clients réceptifs
- Promouvoir les initiatives d'amélioration de la qualité (par ex, prévention des chutes).
- Utiliser les conclusions de l'étude effectuée sur le point d'équilibre des soins pour guider la planification.
- Mettre en œuvre la stratégie Vieillir chez soi.
- Collaborer pour assurer le développement continu des capacités de relève à l'intention des soignants naturels.
- Mettre en œuvre l'équipe d'interventions infirmières pour les soins de longue durée.
- Améliorer l'accès aux logements assistés.

2010/11 | 2011/12 | 2012/13

MSSLD » Priorité 6 : Services en santé mentale et en lutte contre les dépendances

BUT : Améliorer la qualité de vie des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de dépendances.

OBJECTIFS :

1. Améliorer l'accès aux services en santé mentale et en lutte contre les dépendances et simplifier la navigation dans le système.
2. Améliorer la coordination des services en santé mentale et en lutte contre les dépendances.
3. Améliorer l'état des personnes qui reçoivent des services en santé mentale et en lutte contre les dépendances.
4. Appliquer la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances sur dix ans de la province.
5. MSSLD » Réduire le nombre de visites aux services des urgences et d'admissions à l'hôpital qui peuvent être évitées.

PLANS DE MISE EN ŒUVRE :

- Repérer et mettre en œuvre les occasions d'intégration et de réalignement des services en santé mentale et en lutte contre les dépendances afin de mieux répondre aux besoins des clients du RLISS du Nord-Ouest.
- Améliorer l'accès aux services communautaires en santé mentale et en lutte contre les dépendances.
- Améliorer l'accès aux services spécialisés en santé mentale et en lutte contre les dépendances (par ex. télémédecine, modèle de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé).
- Mettre en œuvre les initiatives provinciales (par ex. les logements assistés pour personnes ayant des problèmes de consommation de substances, réduction du stigmate).
- Soutenir les fournisseurs de soins primaires dans la gestion des soins en santé mentale et en lutte contre les dépendances.
- Encourager les initiatives de « survivants » et d'entraide.
- Mettre en œuvre des initiatives visant à atteindre les buts de la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

2010/11 | 2011/12 | 2012/13

6.2 POPULATION DU NORD-OUEST DE L'ONTARIO

Priorité 7 : Services de santé pour les autochtones

BUT : Travailler en collaboration avec la communauté autochtone et les gouvernements fédéral et provincial pour s'attaquer aux problèmes d'accès à des programmes et services sensibles et appropriés du point de vue culturel.

OBJECTIFS :

1. Établir des relations mutuellement respectueuses avec les communautés autochtones.
2. Améliorer la prestation des services aux peuples autochtones dans tout le continuum de soins.
3. Faire participer dans une plus grande mesure les communautés autochtones à la planification des programmes qui s'adressent à elles.
4. Améliorer l'accessibilité culturelle et linguistique des services de santé locaux et régionaux.
5. Soutenir la communauté autochtone dans la gestion des services et programmes financés par le RLISS et pour la production des rapports nécessaires.

PLANS DE MISE EN ŒUVRE :

	2010/11	2011/12	2012/13
- Faire progresser les travaux du Comité consultatif sur les services des santé pour les Autochtones.			
- Collaborer avec la communauté autochtone pour déterminer les besoins en santé et les priorités de cette communauté.			
- Réaliser une évaluation du milieu sur les services et programmes de santé des autochtones et l'état de santé des peuples autochtones du Nord-Ouest.			
- Tirer partie des sources d'information en collaboration avec les autres ministères et les fournisseurs de services destinés aux autochtones.			
MSSLD » - Faire participer activement les communautés autochtones et les fournisseurs de services de santé aux processus de planification stratégique local et provincial.			
- Créer pour les parties intéressées des occasions de partager l'information et de débattre des questions d'intérêt et des idées d'intégration, de développement futur et de stratégies d'élaboration de programmes et services culturellement appropriés.			
- Sensibiliser les fournisseurs de services de santé au sujet de la diversité culturelle.			
- Développer dans la communauté autochtone des capacités de gestion des programmes et services et de déclaration afférente (par ex. les ententes sur la responsabilisation en matière de services multisectoriels [ERSM]).			

Priorité 8 : Services de santé en français

BUT : Assurer que la planification du RLISS prenne en compte la nécessité d'offrir des services en français afin d'améliorer l'accès de la population francophone aux services de santé.

OBJECTIFS :

1. Soutenir les initiatives visant à attirer et retenir les fournisseurs de services qui parlent le français.
2. Intégrer les services de santé en français dans les activités de planification du RLISS.

PLANS DE MISE EN ŒUVRE :

		2010/11	2011/12	2012/13
	· Collaborer avec la communauté francophone pour déterminer les besoins en santé et les priorités de cette communauté.			
	· Sensibiliser les fournisseurs à la question des soins en français.			
MSSLD	· Faire participer activement la communauté francophone aux processus de planification local et provincial.			
MSSLD	· Soutenir et mettre en œuvre l'orientation et les stratégies provinciales.			

Photo de D. Horn, Thunder Bay
« Show Us Your Vision » du RLISS du Nord-Ouest, 2008

6.3 MOYENS À METTRE EN ŒUVRE

Priorité 9 : Ressources humaines en santé

BUT : Faire le meilleur usage possible des ressources humaines en santé disponibles et planifier les besoins futurs.

OBJECTIFS :

1. Bien comprendre les besoins actuels en matière de ressources humaines en santé (RHS) dans l'ensemble du RLISS du Nord-Ouest et dans chaque sous-région.
2. Diffuser les travaux de ProfessionsSantéOntario.
3. Encourager la mise en application plus poussée des modèles de pratique interprofessionnelle et l'utilisation des cliniciens au maximum de leurs compétences professionnelles.
4. Stimuler le changement menant à une amélioration de l'efficience et de l'efficacité de la pratique clinique.

PLANS DE MISE EN ŒUVRE :	2010/11	2011/12	2012/13
· Élaborer des stratégies permettant d'utiliser les professionnels au maximum de leurs compétences professionnelles.			
· Établir un lien avec nos partenaires universitaires des sciences de la santé afin d'identifier les lacunes, les occasions, les compétences et les enjeux de formation.			
· Collaborer avec ProfessionsSantéOntario sur les dossiers suivants :			
la couverture des urgentologues			
le programme de suppléance régionale			
le Programme de partenariats communautaires			
la mise en application plus poussée des modèles de pratique interprofessionnelle.			
· Promouvoir l'apprentissage et la pratique interprofessionnels et du Nord/en région éloignée.			
· Déterminer les défis, les lacunes et les occasions en matière de RHS et planifier l'avenir en collaboration avec les fournisseurs de services de santé.			
· Accroître l'utilisation de la télémédecine en tant qu'outil permettant d'améliorer l'accès aux fournisseurs de services de santé, en particulier dans les collectivités rurales et éloignées.			

MSSLD » Priorité 10 : CYbersanté

BUT : Mettre en place la technologie d'information et de communication électronique en santé (TIC cybersanté) dans le RLISS du Nord-Ouest.

OBJECTIFS :

1. Améliorer la capacité d'adoption et de mise en œuvre des projets de TIC cybersanté dans toute la région.
2. Améliorer l'appui que reçoivent les décideurs du système de santé.
3. Améliorer l'accès à une TIC cybersanté de qualité pour les fournisseurs de services de santé.
4. Améliorer la compréhension de la TIC cybersanté dans le public.
5. Améliorer l'accès des patients à leur dossier de santé et aux outils de gestion des soins de santé afin de favoriser

PLANS DE MISE EN ŒUVRE :

	2010/11	2011/12	2012/13
· Utiliser les solutions de TIC cybersanté pour apporter des améliorations sur le plan des priorités cliniques comme la prévention et la gestion des maladies chroniques.			
· Accroître les capacités du bureau de gestion de projets de cybersanté du RLISS du Nord-Ouest.			
· Mettre sur pied des groupes d'experts cliniques pour guider les initiatives de TIC cybersanté.			
· Mettre en place et développer l'infrastructure de cybersanté dans le RLISS du Nord-Ouest.			
· Participer au développement des services de télémédecine.			
· Mettre en application les technologies de cybersanté afin d'aider les fournisseurs de services de santé et les clients à améliorer les résultats obtenus.			
· Mettre en œuvre des initiatives visant à faire avancer la stratégie ontarienne de cybersanté.			
· Accélérer l'adoption et l'intégration des dossiers médicaux électroniques (DMÉ).			

Priorité 11 : Intégration des services le long du continuum de soins

BUT : Faciliter l'intégration des services le long du continuum de soins de santé de façon à améliorer l'état de santé général de la population et la performance du système.

OBJECTIFS :

1. Promouvoir une culture d'amélioration, de collaboration et de responsabilité entre les fournisseurs de services de santé en vue d'améliorer la performance du système et les résultats.
2. Soutenir les activités d'intégration qui ajoutent de la valeur au système de santé.
3. MSSLD » Accroître et coordonner l'utilisation des technologies qui favorisent l'intégration.
4. Améliorer la satisfaction du client à l'égard de l'expérience de soins.
5. MSSLD » Réduire le nombre de visites aux services des urgences et d'admissions à l'hôpital qui peuvent être évitées.

PLANS DE MISE EN ŒUVRE :

	2010/11	2011/12	2012/13
· Mettre en œuvre des activités d'intégration (formelles et informelles) qui optimisent les services par des gains d'efficience au niveau des coûts et des services.			
· Trouver des occasions et des moyens d'intégration.			
· Soutenir la pratique fondée sur des faits et les modèles innovateurs qui améliorent la qualité et la coordination des soins.			
MSSLD » · Intégrer les processus cliniques entre les secteurs de la santé quand cela est approprié (par ex. solutions de cybersanté).			
· Analyser les initiatives d'intégration qui améliorent les services entre les fournisseurs de soins de santé.			
· Élaborer un plan d'intégration pour le RLISS du Nord-Ouest.			
· Inclure l'intégration comme partie intégrante des appels d'offres.			
· Encourager les fournisseurs à simplifier les processus professionnels/cliniques (éliminer ou réduire les chevauchements) quand cela est possible à l'intérieur de chaque secteur de la santé et entre les secteurs.			

Chapitre 7

Justification de nos orientations stratégiques

Les priorités et les orientations stratégiques qui en découlent (les plans de mise en œuvre) ont été établies après un examen approfondi de la situation, la collecte des données disponibles et des activités de mobilisation communautaire continue. Des rapports détaillés présentant les données quantitatives et qualitatives sont présentés dans la section des documents justificatifs.

7.1 COLLECTE DES DONNÉES PRÉALABLE À L'ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS

7.1.1 DONNÉES QUANTITATIVES

Comme nous l'avons mentionné au chapitre 5, l'analyse des données est un processus continu qui comprend l'examen et l'interprétation des ensembles de données locales, provinciales et nationales. La collecte et l'analyse des données se poursuit pendant le processus de planification et d'établissement des priorités. Les motifs qui sous-tendent les priorités que nous avons établies pour ce *Plan de services de santé intégrés* sont présentés secteur par secteur au chapitre 4. L'information contenue dans le présent chapitre vient encore appuyer les choix que nous avons posés.

7.1.2 DONNÉES QUALITATIVES

Le RLISS du Nord-Ouest a procédé à la mobilisation générale des fournisseurs de service de santé, des membres de la collectivité et de ses autres partenaires depuis la parution de son PSSI 2007-2010 et il a pris appui sur l'information déjà rassemblée et les relations qui ont été établies. Les plans de mise en œuvre des priorités désignées ont été discutés et peaufinés avec la collaboration des membres des équipes consultatives, des groupes de travail et des comités, des fournisseurs de services de santé et des membres des collectivités dans le cadre de séances en personne, en ligne ou par vidéo ou téléconférence.

Bien que la mobilisation des collectivités soit un projet continu (12 857 personnes ont participé à ce jour; 11 157 depuis la parution du premier PSSI), l'initiative de mobilisation la plus importante – *Partagez votre expérience, donnez forme à vos soins* – a eu lieu en 2009. Plus de 800 personnes ont pris part au projet, participant à délimiter les priorités et les plans de mise en œuvre, exprimant leurs idées et relatant leurs expériences (les bonnes comme les mauvaises). La figure 8 présente l'importance relative accordée aux priorités établies dans le PSSI 2007-2010.

Figure 8. Importance relative accordée aux priorités, telle que signalée dans le cadre de Partagez votre expérience, donnez forme à vos soins (2009)

	Priorités futures (%)					
	Pas tellement préoccupé 1	2	3	4	Très préoccupé 5	Ne sait pas
Accès aux soins primaires	4,0	5,4	11,3	20,3	58,5	0,3
Accès aux soins spécialisés	2,3	2,8	9,0	23,2	62,1	0,5
Prévention et gestion des maladies chroniques	4,5	8,6	19,7	27,2	38,3	1,7
Soins de longue durée	3,1	3,7	11,1	25,4	55,8	0,9
Accès aux services en santé mentale et dépendances	6,5	7,9	16,7	27,9	40,0	1,1
Intégration des services	1,7	4,2	13,2	26,5	52,8	1,7
Mobilisation autochtone	12,9	11,7	22,6	23,3	25,7	3,9
Services en français	26,6	19,3	25,7	15,9	8,3	4,2
Intégration de la cybersanté	4,5	7,8	17,7	28,5	39,3	2,2
Plan de ressources humaines régionales en santé	1,1	1,7	6,9	19,9	68,4	2,0

Les priorités qui attiraient le plus l'attention des participants étaient les ressources humaines en santé, l'accès aux soins spécialisés, l'accès aux soins primaires, les soins de longue durée et l'intégration des services.

Les personnes qui ont participé à l'initiative Partagez votre expérience, donnez forme à vos soins ont également été invitées à indiquer quelles priorités (énumérées à la figure 8) manquaient selon eux dans le PSSI 2007-2010, le cas échéant. La figure 9 indique les autres priorités qui ont été suggérées et quel(s) secteur(s) de priorité de ce PSSI traite(nt) de la question.

Figure 9. Priorités qui manquaient dans le PSSI 2007-2010, selon les participants de *Partagez votre expérience, donnez forme à vos soins*, et qui ont été incluses dans le PSSI 2010-2013.

Autres priorités mentionnées lors de *Partagez votre expérience, donnez forme à vos soins*	Secteur de priorité du RLISS du N.-O.										
	Urgences et autres niveaux de soins	Soins primaires	Prévention et gestion des maladies chroniques	Services de soins spécialisés et de diagnostic	Services en santé mentale et dépendances	Services de soins de longue durée	Intégration des services le long du continuum de soins	Services de santé pour les autochtones	Services en français	Cybersanté	Ressources humaines en santé
Prévention	X	X	X		X	X	X	X			
Intégration et navigation	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Soins à domicile	X					X		X			
Recrutement et rétention des ressources humaines en santé											X
Transport	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Éducation	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Soins gériatriques et de fin de vie	X		X		X	X	X	X	X		
Autres niveaux de soins	X	X	X		X	X	X	X		X	
Temps d'attente	X	X		X		X	X			X	
Service et soutien à la clientèle	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.2 DONNÉES DE SOUTIEN POUR LES PRIORITÉS DÉSIGNÉES

Les données (quantitatives et qualitatives [citations prélevées lors de l'initiative communautaire accompagnées du symbole]) pour chaque priorité désignée du RLISS du Nord-Ouest sont présentées ci-dessous. La collecte, l'interprétation et l'analyse des données se poursuivra pendant les trois années du PSSI et les priorités et plans de mise en œuvre associés seront mis à jour au besoin.

MSSLD

TEMPS D'ATTENTE DANS LES SERVICES DES URGENCES (SU) ET AUTRES NIVEAUX DE SOINS (ANS)

Le dossier des SU et des ANS représente une priorité pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Pour arriver à régler ce problème complexe dans le RLISS du Nord-Ouest, il faudra intégrer différentes stratégies et solutions de court, moyen et long termes. Les buts visés sont les suivants : fournir les autres niveaux de soins dans le bon endroit, au bon moment et par le bon fournisseur de soins, améliorer la coordination et l'intégration des soins à la grandeur du système, améliorer le mouvement des patients le long du continuum et développer la capacité du système au moyen d'arrangements de soins communautaires et non urgents innovateurs.

Dans le RLISS du Nord-Ouest, la durée des séjours dans les services des urgences et les autres niveaux de soins représente un problème dans les grandes collectivités, et plus particulièrement dans la ville de Thunder Bay. Dans la région du Nord-Ouest :

- La fréquence des visites non urgentes aux services des urgences est la plus élevée de la province (233 par 1000 résidents contre 40/1000 dans la province)[50, 51].
- 9 patients sur 10 ayant des problèmes de santé complexes ou qui nécessitent une période de traitement plus longue ou une admission à l'hôpital passent 14,8 heures dans le service des urgences[52].
- 9 patients sur 10 ayant des problèmes de santé complexes ou qui nécessitent une période de traitement plus longue avant leur mise en congé passent 6,7 heures dans le service des urgences[53].
- 9 patients sur 10 ayant des problèmes de santé mineures ou non complexes ou qui nécessitent une période de traitement ou d'observation moins longue passent 4,1 heures dans le service des urgences[54].
- Dix pour cent des personnes qui se rendent dans un service des urgences sont admises à l'hôpital[55].
- La fréquence plus élevée des visites aux urgences se confirme à tous les niveaux de triage[56].
- Le pourcentage des jours en ANS est le 5e plus élevé de la province[57].
- Les problèmes d'accès aux soins primaires et de services communautaires limités (par ex. les logements assistés et les services de soutien comme l'aide familiale, le transport, etc.) contribuent à hausser le temps d'attente aux urgences et les jours ANS dans le RLISS du Nord-Ouest.

Nous comptons atténuer le problème des SU/ANS au moyen de mesures d'affectation des ressources et par la mise en œuvre de plans d'action dans les secteurs prioritaires indiqués ci-dessous.

Il est important d'assurer que ces soutiens communautaires sont en place afin de désengorger les urgences!

Il est clairement temps d'accroître les initiatives de soutien dans nos collectivités. Nos lits de soins actifs débordent d'aînés qui ne peuvent plus vivre à la maison et qui n'ont pas de soutien dans la collectivité.

SOINS PRIMAIRES

Les soins primaires sont fournis à plusieurs endroits dans le RLISS du Nord-Ouest, mais l'accès demeure un problème important. Le RLISS du Nord-Ouest présente le taux d'accès à un médecin[58] le plus faible et le pourcentage de patients sans médecin attitré le plus élevé de la province[59]. Les modèles de soins qui améliorent l'accès à une équipe de professionnels (par ex. centre de soins communautaires, équipe de santé familiale, centre d'accès aux soins de santé pour les autochtones) facilitent l'accès et augmentent la qualité des soins. L'accès est particulièrement difficile après les heures normales de travail. À ce moment, dans toutes les localités (à l'exception de certaines cliniques sans rendez-vous de Thunder Bay), le seul service ouvert est le service des urgences. Plusieurs indices témoignent de la difficulté d'accès aux soins médicaux à domicile ou à un fournisseur de soins primaires régulier :

MSSLD
- Le taux le plus élevé de visites non urgentes aux service des urgences de la province[60,61], ces taux étant plus élevés à tous les niveaux de triage[62].

MSSLD
- Le nombre plus faible de diabétiques qui peuvent voir un médecin de famille entraîne une hausse du recours aux services des urgences (531/100 000 visites dans le Nord-Ouest contre 232/100 000 dans la province) et un plus grand nombre d'hospitalisations (236 mises en congé contre 103 en Ontario)[63].

Avec le rôle crucial que jouent les soins primaires dans notre système de santé, l'amélioration de l'accès aux services entraînera une amélioration des résultats de santé, de la qualité de soins et de l'intégration le long du continuum de soins.

Souvent on téléphone au médecin pour un problème de santé et on obtient un rendez-vous dans trois mois seulement. Le seul choix est d'aller aux urgences.

En maximisant l'emploi des compétences des fournisseurs de soins et en les sensibilisant au fait que des changements s'en viennent quant aux champs d'exercice, on pourra améliorer l'accès aux soins primaires.

SERVICES DE SOINS SPÉCIALISÉS ET DE DIAGNOSTIC

Pour accéder aux soins primaires, les résidents des régions rurales doivent parcourir de longues distances jusqu'à un centre tertiaire, par exemple à Thunder Bay, Winnipeg ou plus loin encore. Le Nord-Ouest compte 71 médecins spécialistes par 100 000 habitants, mais le district de Rainy River n'en compte que 5/100 000 et le district de Kenora, 26/100 000[64]. Selon les témoignages, la pénurie de spécialistes se fait plus cruellement sentir dans certains domaines, tels la psychiatrie, les programmes de santé mentale pour enfants et jeunes, la dermatologie, la dialyse et les unités de soins cardiaques.

Les activités désignées dans la Stratégie de réduction des temps d'attente de la province (voir le chapitre 8) sont surveillées et font l'objet de déclarations sur une base régulière et les occasions d'augmenter la capacité sont examinées au besoin. Différents programmes et services viennent aussi faciliter l'accès aux services de soins spécialisés dans le Nord-Ouest :

- Le Programme de consultations offertes par des spécialistes itinérants (633 jours de clinique en 2007-2008 – les services les plus fréquents : orthopédie, neurologie et dermatologie)[65].
- Services de diagnostic mobiles (par ex. autocar du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein, téléophtalmologie, unités mobiles du NorWest CHC).

- Télémédecine (en 2008-2009, 18 501 événements ont été hébergés, 17 081 événements ont été pris en charge par le Réseau Télémédecine Ontario et 2 563 événements par KO Telemedicine)[66,67].
- Le Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales a permis à de nombreux résidents du RLISS du Nord-Ouest d'accéder à des services spécialisés – en 2007, près de 47 000 subventions ont été remises, ainsi que 4 700 subventions d'accompagnement, au coût total de 14 million $[68].
- Les améliorations apportées sur le plan de l'accès aux services de soins spécialisés (y compris les diagnostics) et de leur intégration devraient se traduire par de meilleures perspectives pour les clients et une satisfaction de la clientèle plus élevée.

J'ai récemment été dirigé vers un spécialiste, mais une erreur de traitement s'est produite et la demande n'a jamais quitté la clinique. J'ai attendu patiemment de recevoir un rendez-vous. Je ne voulais pas appeler à une clinique surchargée et occuper leur précieux temps. Au bout de six mois, j'ai finalement appelé pour apprendre que la demande n'avait jamais quitté la clinique.

La télémédecine est extraordinaire, autant pour l'éducation des familles et des professionnels que pour les consultations et les évaluations réalisées par des professionnels de grandes agglomérations.

PRÉVENTION ET GESTION DES MALADIES CHRONIQUES (PGMC)

L'état de santé des résidents du RLISS du Nord-Ouest est moins bon que dans le reste de la province, selon différents indicateurs. Présentement, l'espérance de vie pour les hommes et les femmes du Nord-Ouest est le plus bas de la province[69] et les taux de mauvais choix de vie (pourcentage de fumeurs, pourcentage de buveurs excessifs, pourcentage d'obèses/de personnes en surpoids, etc.) sont parmi les plus élevés en Ontario[70].

MSSLD »

Les taux de maladie chronique (incluant le diabète, l'hypertension artérielle et l'arthrite/le rhumatisme) sont plus élevés dans le RLISS du Nord-Ouest que dans la province[71]. Dans le Nord-Ouest de l'Ontario[72] :

- Les taux de mortalité globale pour le diabète, l'hypertension, les maladies pulmonaires obstructives et l'arthrite sont nettement plus élevés que les taux provinciaux (les taux de mortalité pour le diabète et l'arthrite sont les plus élevés de la province).
- Les taux de congés d'hôpital pour le diabète, l'hypertension, l'insuffisance coronarienne, les AVC, les maladies pulmonaires obstructives, l'asthme et l'arthrite sont nettement plus élevés que les moyennes provinciales.
- Le RLISS du Nord-Ouest présente le taux le plus élevé d'hospitalisation pour le diabète et les AVC dans la province
- Les taux de visites aux urgences pour le diabète, la dépression, l'hypertension, l'insuffisance coronarienne, les AVC, les maladies pulmonaires obstructives, l'asthme et l'arthrite sont nettement plus élevés que les taux provinciaux (les taux de fréquentation des urgences du RLISS du Nord-Ouest étaient les plus élevés de la province pour les diabète, l'asthme et l'arthrite).

Les données sur les populations autochtones étant incomplètes, la prévalence est probablement grandement sous-estimée, car la prévalence du diabète chez les autochtones est estimée deux à trois fois supérieure à celle de la population en général[73]. Étant donné le taux de diabète dans notre région, le RLISS du Nord-Ouest a été choisi comme premier participant à la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète.

Le RLISS du Nord-Ouest présente des occasions d'améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques (PGMC). Les initiatives de hausse de la qualité tel le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation (PAQI)[74] peuvent transformer la PGMC dans les soins primaires. La croissance de la capacité d'autogestion a pour effet de responsabiliser les individus vis-à-vis de leur santé et le travail dans ce domaine semble prometteur jusqu'à maintenant. D'autre part, la santé de la population pourrait profiter grandement des efforts de prévention primaire.

« Les personnes qui ont une maladie chronique font déjà de l'autogestion 99 % du temps. Nous devons leur donner l'appui nécessaire pour qu'elles puissent le faire le mieux possible. »

Mike Hindmarsh, juillet 2009, série de vidéoconférences du RLISS du Nord-Ouest

Je suis diabétique, je sens ma maladie et je me perds dans les dédales du système de santé.

Le diabète de type 2 se déclare souvent alors que les personnes sont encore très jeunes. Récemment, un enfant de cinq ans a été diagnostiqué. Ce phénomène est tout particulièrement perceptible chez les autochtones.

SERVICES DE SOINS DE LONGUE DURÉE (SLD)

L'accès à une gamme complète de services de soins de longue durée représente toujours une priorité dans le Nord-Ouest de l'Ontario. Les services de soutien aux personnes qui nécessitent des soins de longue durée sont rares (et souvent inexistants) à l'extérieur des établissements de soins de longue durée. Avec le nombre croissant de personnes âgées (la population qui fait appel majoritairement à ces services) et la réduction progressive du nombre de soignants naturels (membres de la famille) pour prodiguer les soins à la maison, cette question est appelée à prendre de plus en plus d'importance si le système n'opère pas des transformations majeures.

Les collectivités du Nord-Ouest comptent au total 1 759 lits de soins de longue durée. Le temps d'attente pour un placement en SLD dans le RLISS du Nord-Ouest est de 191 jours, le plus élevé de la province[75]. Si la pratique actuelle demeure inchangée, on prévoit que la demande de lits de SLD augmentera de 10 % d'ici 2015.

> « Quand le problème est défini comme étant les personnes âgées, il y a quelque chose qui cloche. On devrait plutôt regarder du côté des facteurs qui ont créé ce gouffre entre les besoins des personnes âgées et les stratégies mises de l'avant pour répondre _ ces besoins. »
>
> Cohen, cité par le Dr Ken LeClair, juin 2009, série de vidéoconférences du RLISS du Nord-Ouest

En plus de la pénurie de services de soins de longue durée (logements assistés, services de soutien, relève, aide ménagère, aide familiale, etc.), le RLISS du Nord-Ouest doit relever d'autres défis :

- Recrutement et rétention du personnel, à cause des écarts de revenu avec le secteur des soins actifs.
- Incapacité d'atteindre une masse critique suffisante dans les collectivités plus petites pour ouvrir des foyers de SLD. Le plus souvent, ces collectivités doivent se tourner vers le programme EldCap ou les lits de soins continus complexes.
- Problèmes pour maintenir les vieux établissements de SLD, jusqu'à ce que de nouveaux lits puissent être déployés (ce problème est particulièrement criant dans la ville de Thunder Bay).
- Prestation de services aux résidents avec problèmes de comportement dans les établissements de SLD.
- L'amélioration de l'accès aux services de soins de longue durée intégrés aidera les résidents du Nord-Ouest à vivre de façon indépendante et dans la dignité.

Je veux rester indépendante le plus longtemps possible. Les soins à domicile – même en petites quantités – peuvent permettre de faire des choses qui deviennent difficiles pour les personnes qui prennent soin d'elles-mêmes.

La plupart des communautés autochtones n'ont pas de services de soins à domicile ou alors ils n'en ont pas assez. Je crois que la plupart des gens seraient mieux dans leur propre maison ou dans leur communauté avec un système géré de façon énergique et similaire pour tous les aînés et des mesures de soutien pour les aider dans leur vie quotidienne.

MSSLD »

SERVICES EN SANTÉ MENTALE ET EN LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES

L'accès aux services en santé mentale et en lutte contre les dépendances représente toujours un problème dans les collectivités du Nord-Ouest (par ex. la gestion de la médication est souvent problématique à cause de la pénurie de médecins et de pharmaciens). Plus de la moitié des personnes qui ont besoin de services de lutte contre les dépendances sont au chômage (et à la recherche de travail) ou leur situation d'emploi est inconnue (une tendance qui devrait se maintenir avec les changements économiques qui sont en cours)[76]; l'absence de programmes d'avantages sociaux liés à l'emploi représente alors une autre barrière à l'accès aux services.

Les clients doivent souvent quitter leur localité pour obtenir des services spécialisés. À l'extérieur de Thunder Bay et Kenora, il y a peu de centres de traitement spécialisés, d'options de désintoxication, de programmes de gestion du sevrage ni de mesures de soutien de transition. L'accès est tout particulièrement problématique pour les services phychogétriatriques, les logements de transition ou assistés et les services en santé mentale sans rendez-vous.

Les troubles liés à la consommation de substances comptent pour le pourcentage le plus élevé (45,0 %) de visites aux services des urgences liées à la santé mentale (27,5 % dans la province)[77]. En ce qui concerne les hospitalisations, la comparaison des données du RLISS du Nord-Ouest et de la province indique que les hospitalisations en santé mentale sont plus fortement représentées dans les troubles liés aux substances à 37,6 % et 15,1 % respectivement[78].

L'abus de médicaments sur ordonnance, l'accoutumance aux opioïdes et les troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF) ont tous des répercussions sur la prestation des services et devraient faire croître les besoins en santé mentale et en lutte contre les dépendances avec le temps.

En améliorant la coordination et l'accès aux services en santé mentale et en lutte contre les dépendances, nous améliorerons la qualité de vie et les soins des personnes qui ont besoin de ces services et nous éviterons d'exacerber des conditions qui entraînent ensuite des besoins médicaux à plus long terme et des problèmes sociaux.

Je me demande combien de vies seraient épargnées si l'on intervenait à temps? Je sais de quoi je parle, je suis alcoolique et toxicomane.

Les consommateurs se plaignent que les services en santé mentale et en lutte contre les dépendances sont éparpillés, déconnectés, qu'ils fonctionnent en vase clos et qu'ils sont inaccessibles.

SERVICES DE SANTÉ POUR LES AUTOCHTONES

Le dernier recensement (2006) indique qu'un peu plus de 44 000 Autochtones vivent sur le territoire du RLISS du Nord-Ouest, soit 19,2 % de la population totale de la région. Le RLISS du Nord-Ouest comporte le plus fort pourcentage d'Autochtones de la province, le RLISS du Nord-Est arrivant au second rang avec 10 %. Dans l'ensemble de la province, seulement 2 % de la population est autochtone[79].

Le taux annuel moyen de croissance de la population autochtone au Canada s'établit à 1,8 %, soit plus du double du taux de croissance de l'ensemble de la population canadienne, qui est de 0,7 %[80]. Certains indicateurs de santé laissent voir cependant que l'état de santé des Autochtones est de beaucoup inférieur à celui des autres Canadiens.

Les problèmes des communautés autochtones sont nombreux (pauvreté, chômage, discrimination, marginalisation, aliénation culturelle, etc.) et mettent les peuples autochtones plus à risque d'avoir des problèmes de santé.

Les recherches indiquent que les Autochtones présentent[81-87]:

- un taux de chômage plus élevé
- une diplomation plus faible
- une incidence plus élevée de dépendance envers le bien-être social
- un niveau plus élevé de violence familiale
- trois fois le taux d'incapacité évitable
- un taux de criminalité plus élevé
- une moins bonne santé
- un taux de suicide plus élevé
- une incidence plus élevée de diabète de type II et des complications qui y sont reliées
- un taux plus élevé de maladie infectieuse comme la tuberculose et le sida
- un taux plus élevé de maladies respiratoires et
- de maladies du cœur et de cancer

L'état de santé est déterminé par les interactions complexes de l'ensemble de ces facteurs. Il est possible d'obtenir des gains importants en axant les interventions sur l'ensemble du système de santé, en coordonnant et intégrant les services, en réglant les problèmes d'accès à des services appropriés du point de vue culturel et linguistique qui répondent aux besoins des individus et des communautés.

Nous ne pouvons infliger notre culture et nos convictions sur les peuples autochtones mais nous devons mieux nous sensibiliser aux leurs; dans les régions o˜ il y a une population de patients autochtones, nous devons avoir accès au personnel interne (sur appel si nécessaire) qui pourra travailler avec l'équipe de soins en tant que personne de liaison.

Le formation interculturelle est un élément indispensable. La culture autochtone est une culture unique et vigoureuse. La plupart des barrières que j'ai vues ont trait à la langue et l'incompréhension générale de la culture.

SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS

Le pourcentage de francophones dans le RLISS du Nord-Ouest a baissé légèrement (entre les recensements de 2001 et 2006) pour se situer à 3,5 %. Il est de 2 % à Rainy River, 3 % dans le district de Kenora et la ville de Thunder Bay et 11 % dans le district de Thunder Bay[88]. Peu de fournisseurs de services de soins pouvant offrir des services en français, il existe une barrière à l'accès aux services de santé pour la population francophone du Nord-Ouest de l'Ontario.

Toutes les organisations de santé devraient avoir la liste des services offerts en français dans la localité.

La télémédecine pourrait aussi permettre d'offrir des services en français dans les collectivités qui ne comptent pas de fournisseurs dans cette langue.

RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ (RHS)

Le recrutement et la rétention des fournisseurs de services de santé représente toujours un problème dans le RLISS du Nord-Ouest. Entre juillet et septembre 2009 dans le Nord-Ouest de l'Ontario, il y avait 62 postes de médecins généralistes vacants, 58,5 postes de spécialistes vacants et plus de 100 vacances pour professionnels de la santé alliés[89].

La majorité de la formation postsecondaire et continue est donnée au Collège Confederation, à l'Université Lakehead et à l'École de médecine du Nord de l'Ontario. La formation et les soins interprofessionnels représentent un aspect de plus en plus important pour les établissements de formation. Il est prévu que la formation interprofessionnelle permettra de maximiser l'utilisation des ressources humaines disponibles et d'améliorer la prestation de soins et la satisfaction de la clientèle.

> « L'idée d'équipe est un important facteur de succès… l'équipe peut atteindre plus de gens, offrir plus d'options, procurer une meilleure gestion des maladies chroniques et promouvoir l'autogestion. »
>
> Eileen Patterson, 2008, équipe interprofessionnelle en sois primaires : Une occasion d'améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques dans le RLISS du Nord-Ouest

ProfessionsSantéOntario (PSO), qui a le mandat de recruter et de retenir les ressources humaines en santé, fournit des mesures d'orientation pour la planification des ressources en santé en Ontario. Le RLISS du Nord-Ouest appuie la mise en œuvre des initiatives de PSO dans le Nord-Ouest de l'Ontario et s'assure que les problèmes de RHS et les réalités du RLISS du Nord-Ouest sont pris en compte dans la planification stratégique provinciale.

Tous les fournisseurs devraient tirer profit au maximum de leurs compétences professionnelles.

Des modèles novateurs de prestation de soins doivent être mis à l'essai et évalués. La formation continue de tous les professionnels de la santé doit être une priorité, les programmes de formation interprofessionnelle pouvant être délivrés au moyen de la télémédecine ou de l'apprentissage en ligne.

MSSLD » CYBERSANTÉ

Les soins de santé modernes ne peuvent se passer de la technologie de l'information. Les fournisseurs de services de santé doivent avoir une vision globale juste et précise de la santé du patient, au risque de lui donner des soins qui ne conviennent pas à sa situation ou même qui lui sont nuisibles. Des centaines d'études ont démontré qu'un programme bien conçu de technologies d'information et de communication électronique pour la santé (TIC cybersanté) permet de mieux assurer la sécurité des patients, d'améliorer la qualité et de rendre les soins de santé plus conviviaux et efficaces. Les TIC cybersanté offrent le potentiel de réduire les coûts au moment même où le Canada doit endiguer l'escalade des coûts du système de santé. Inforoute Santé du Canada estime que le rendement sur l'investissement du Canada dans les dossiers de santé électroniques (DSÉ) s'élèvera à 6 à 7 milliards de dollars par année[90], une fois que le système sera entièrement en place.

« Le temps est venu de passer au dossier médical électronique car les avantages et les économies pour le système de santé sont colossaux. »

Dr Alejandro Jadad, juin 2008, série de vidéoconférences du RLISS du Nord-Ouest

Je crois que la cybersanté est l'un des objectifs plus importants – augmentation de l'efficacité, sécurité du patient et réduction des coûts à long terme.

Actuellement, les dossiers se perdent dans la poste ou ne sont jamais retournés. C'est extrêmement frustrant de franchir une grande distance pour vous faire dire que le spécialiste n'a pas reçu vos résultats de test. Le transfert électronique réduira les temps d'attente et accélérera l'accès aux services.

Les dossiers médicaux électroniques sont la voie à suivre, mais un gaspillage de ressources si chaque service, programme ou organisme utilise des programmes ou des logiciels différents.

L'aiguillage électronique serait utile... il serait toutefois avantageux d'ajouter une fonction qui alerterait le fournisseur de soins primaires quand quelque chose se produit avec le dossier du patient. Cela permettrait au fournisseur de soins primaires de rester au courant quand son patient voit un spécialiste ou un autre fournisseur de soins

INTÉGRATION DES SERVICES LE LONG DU CONTINUUM DE SOINS

Le système de santé fonctionne généralement en vase clos, secteur par secteur. Le manque de communication et de coordination intrasectoriel et extrasectoriel crée des problèmes. Pour réaliser la vision du RLISS du Nord-Ouest, Des gens en meilleure santé, un système de santé fort – voila notre avenir, il faut faire le meilleur usage possible des ressources disponibles par l'intégration le long du continuum de soins. L'intégration permettra de mettre en place un système harmonieux et bien coordonné qui fournira des soins de meilleure qualité à la population du Nord-Ouest de l'Ontario.

Pour améliorer la prestation des soins et la satisfaction de la clientèle, il faudra travailler en partenariat avec les fournisseurs de services de santé et les collectivités pour élaborer et reconfigurer les services disponibles, promouvoir l'adoption des pratiques exemplaires et encourager la mise en place d'une culture d'amélioration de la qualité.

Je connais le système et j'ai eu beaucoup de problèmes, alors je peux comprendre que certaines personnes tombent entre les mailles du filet.

Un ´ guichet unique ª comme un site web est une excellente nouvelle pour les personnes qui sont à l'aise avec un ordinateur, mais ce dont on a vraiment besoin, c'est d'un programme communautaire avec des personnes qui peuvent s'asseoir et expliquer les différents programmes. Ce serait encore mieux d'avoir un endroit confidentiel o ¨, en plus d'obtenir toute l'information, quelqu'un pourrait vous regarder dans les yeux et vous expliquer.

7.3 PRIORITÉS DU PLAN DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS — GUIDER LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME

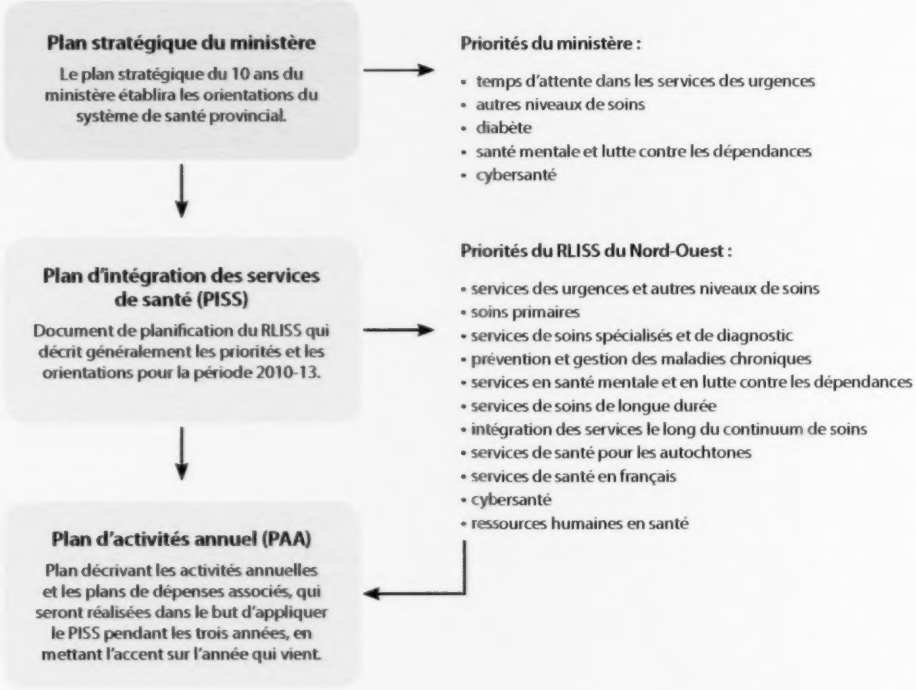
Les priorités définies dans ce Plan de services de santé intégrés seront mises en application au moyen des mesures décrites au chapitre 6. Des mises à jour seront apportées régulièrement afin d'en assurer la pertinence et l'actualité.

Les secteurs priorisés étant interreliés, il faudra planifier les initiatives conjointement et trouver des solutions systémiques, tel que décrit à la figure 10.

Figure 10. Cadre de planification pour les secteurs de priorité désignés dans le PSSI

MSSLD » Le PSSI se situe dans la ligne des priorités stratégiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et il est formulé de façon à pouvoir intégrer au besoin les nouvelles orientations du ministère. La mise en œuvre du PSSI du RLISS du Nord-Ouest sera surveillée et fera l'objet de déclarations régulières dans le plan d'activités annuel du RLISS. Voir la figure 11.

Figure 11. Relation entre les orientations du MSSLD, les priorités du PSSI et le plan d'activités annuel



Chapitre 8

Comment s'y prendra-t-on pour mesurer et démontrer le succès

La gestion de la performance fait partie intégrante de l'amélioration de la qualité et de l'intégration du système. Aussi le RLISS du Nord-Ouest met l'accent sur l'élaboration d'indicateurs et de rapports pour aider la planification locale et les stratégies provinciales.

La présidente du conseil d'administration du RLISS du Nord-Ouest se rapporte au ministre de la Santé et des Soins de longue durée pour ce qui touche à l'utilisation des fonds publics par le RLISS et à ses résultats à l'égard des objectifs et de la performance du système de santé régional.

L'Entente sur la responsabilisation ministère-RLISS du Nord-Ouest (ERMR) fixe des cibles de performance liées aux résultats du système de santé local, que le RLISS s'efforce d'atteindre avec l'aide des fournisseurs de services, dont il fait le suivi et pour lesquelles il produit un rapport trimestriel. Les cibles des fournisseurs de services de santé financés par le RLISS sont indiquées dans l'entente de responsabilisation en matière de services que chaque fournisseur passe avec le RLISS et sur laquelle il fait rapport au RLISS à chaque trimestre.

La figure 12 présente les indicateurs et cibles associées établis dans le ERMR actuellement en vigueur. Les secteurs de priorité du RLISS du Nord-Ouest qui correspondent à ces mesures sont indiqués. Il convient de noter que bien que ces cibles soient des sources d'information importantes et qu'elles remplissent les conditions de l'entente passée entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le RLISS et les fournisseurs de services de santé, d'autres mesures seront aussi utilisées pour soutenir et guider les plans se rapportant aux priorités locales présentées au chapitre 6. Le RLISS du Nord-Ouest continuera de soutenir les initiatives provinciales, y compris les cibles résultant des stratégies mises au point ultérieurement par le MSSLD.

Figure 12. Indicateurs et cibles du RLISS du Nord-Ouest fixés dans l'Entente sur la responsabilisation ministère-LHIN

		INDICATEUR	POINT DE DÉPART	CIBLE DU RLISS		PRIORITÉ
				2008-09	2009-10	
	TABLEAU A: ACCÈS	Temps d'attente du 90e percentile, chirurgie	46 jours	45 jours	45 jours	Services de soins spécialisés et de diagnostic
		Temps d'attente du 90e percentile, pontage cardiaque	Sans objet	Sans objet	Sans objet	
		Temps d'attente du 90e percentile, chirurgie de la cataracte	413 jours	182 jours	130 jours	Services de soins spécialisés et de diagnostic
		Temps d'attente du 90e percentile, remplacement de la hanche et du genou	hanche: 197 jours Knee: 251 jours	hanche: 197 jours Knee: 197 jours	hanche: 182 jours Knee: 182 jours	Services de soins spécialisés et de diagnostic
		Temps d'attente du 90e percentile, résonnance magnétique (MRI) / tomodensitométrie (CT)	MRI: 77 jours CT: 84 jours	MRI: 28 jours CT: 28	MRI: 28 jour CT: 28	Services de soins spécialisés et de diagnostic
MSSLD		Pourcentage des patients admis traités à l'intérieur de la durée de séjour cible de ≤ 8 h	53 %	Sans objet	62 %	Service des urgences et autres niveaux de soins / soins primaires / intégration des services le long du continuum de soins
MSSLD		Pourcentage des patients non admis en situation d'urgence élevée traités à l'intérieur de leurs cibles respectives de ≤ 8 h pour ÉTG 1-2; ≤ 6 h pour ÉTG 1-3	88 %	Sans objet	96 %	Service des urgences et autres niveaux de soins / soins primaires / prévention et gestion des maladies chroniques / services en santé mentale et dépendances / intégration des services le long du continuum de soins / services de soins de longue durée
MSSLD		Pourcentage des patients non admis en situation faible traités à l'intérieur de la durée de séjour cible de ≤ 4 h	89 %	Sans objet	93 %	Service des urgences et autres niveaux de soins / soins primaires / prévention et gestion des maladies chroniques / services en santé mentale et dépendances / intégration des services le long du continuum de soins
MSSLD	TABLEAU B: INTÉGRATION	Pourcentage de jours d'autres niveaux de soins (ANS)	11,4	14,78	13	Service des urgences et autres niveaux de soins / accès aux soins primaires / prévention et gestion des maladies chroniques / services en santé mentale et dépendances / services de soins de longue durée / intégration des services le long du continuum de soins / cybersanté
		Temps d'attente médian pour le placement dans un foyer de soins de longue durée	107	135	140	Services en santé mentale et dépendances / services de soins de longue durée / intégration des services le long du continuum de soins / cybersanté

TABLEAU A : ACCÈS	TABLEAU B : INTÉGRATION
• Objectif : Améliorer l'accès aux services de soins de niveau approprié dans le système de santé local.	• Objectif : Améliorer la coordination et l'intégration des soins de santé parmi les fournisseurs de services de santé du système de santé local.
• Résultat visé : Les patients/clients du système de santé local attendront moins longtemps pour accéder aux services de soins indiqués ci-dessus.	• Résultat visé : Un plus grand nombre de patients/clients du système de santé local recevront des soins de santé dans l'endroit le plus approprié en fonction de leurs besoins.
• D'autres indicateurs sont en cours d'évaluation pour mesurer l'atteinte de cet objectif..	• D'autres indicateurs sont en cours d'évaluation pour mesurer l'atteinte de cet objectif.

Le RLISS du Nord-Ouest s'efforcera d'atteindre les cibles définies ci-dessus et de réaliser les priorités locales et provinciales décrites dans le PSSI. Les travaux continus d'élaboration d'indicateurs, de fixation de cibles, de production de rapports et d'analyse seront réalisés en collaboration avec les fournisseurs de services de santé locaux et le MSSLD.

En continuant à travailler ensemble dans la direction tracée, avec le temps nous pourrons réaliser notre vision : Des gens en meilleure santé, un système de santé fort – voilà notre avenir.

Références

NOTES

1. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction de l'analytique en matière de santé. Visites des services des urgences par RLISS, 2007-2008.
2. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. L'Ontario transforme les soins à domicile et communautaires pour les personnes âgées, mai 2009.
3. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée et ministère de la Promotion de la santé. Document d'information sur la Stratégie de lutte contre le diabète, juillet 2008.
4. Santé Canada. Rapport sur les maladies mentales au Canada, 2002.
5. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Base de données sur la planification de la santé, 2007-2008.
6. Institut canadien d'information sur la santé. Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), données sur l'Ontario, 2007-2008.
7. Action Cancer Ontario. Système de production de rapports sur les services des urgences (SPRSU), rapport sur les faits saillants, mai 2009.
8. Ibid.
9. Ibid.
10. Ibid.
11. Institut canadien d'information sur la santé. Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), données sur l'Ontario, 2007-2008.
12. Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 2008-2009.
13. Institut canadien d'information sur la santé. Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2007-2008.
14. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007.
15. Sioux Lookout First Nations Health Authority. The Anishinabe Health Plan, 2006.
16. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction de l'analytique en matière de santé. Chronic Conditions Mortality and Utilization Rates Update, août 2008.
17. Ibid.
18. Phase 1 http://www.northernontarioe-healthoffice.ca/uploads/File/Resource%20Files/Phase1Report.pdf
19. Phase 2 http://www.northernontarioe-healthoffice.ca/uploads/File/Resource%20Files/Phase1Report.pdf
20. Statistique Canada. Résultats du recensement, 2006.
21. Ibid.
22. SavoirSANTÉ. Population Projections LHIN Summary Table, extrait le 13 octobre 2009.
23. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction de l'analytique en matière de santé. Senior Demographic Profile Data Product, octobre 2008.
24. Ibid.
25. Ibid.
26. Statistique Canada. Résultats du recensement, 2006.
27. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction de l'analytique en matière de santé. First Nations People in Ontario: A Demographic Portrait, janvier 2009.
28. Santé Canada. Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada pour l'année 2000, 2000.
29. Statistique Canada. Résultats du recensement, 2006.

30. Statistique Canada. Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, 2007. (Pour les personnes de 12 ans et plus, à l'exception du % de surpoids/obèses qui est basé sur les personnes de 18 ans et plus).
31. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction de l'analytique en matière de santé. Espérance de vie en 2005 par RLISS, mai 2009.
32. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Enquête sur l'accès aux soins primaires, janvier 2006 – décembre 2008.
33. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007.
34. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Assurance-santé de l'Ontario, réclamations, 2007-2008.
35. Santé Canada , Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, 2009.
36. Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 2007-2008.
37. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Base de données sur la planification de la santé, 2007-2008.
38. Institut canadien d'information sur la santé. Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), données sur l'Ontario, 2007-2008.
39. Action Cancer Ontario. Système de production de rapports sur les services des urgences (SPRSU), rapport sur les faits saillants, mai 2009.
40. Institut canadien d'information sur la santé. Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), données sur l'Ontario, 2007-2008.
41. Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 2008-2009.
42. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), base de données sur les congés des patients, et Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), données sur l'Ontario, CIHI/Hay Benchmarking Study Winnipeg Regional Health Authority data, 2004-2005.
43. http://www.health.gov.on.ca/french/public/programf/flhsf/flhs_mnf.html
44. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Rapport sur le système de foyers de soins de longue durée, 2009.
45. Statistique Canada, résultats du recensement, 2006.
46. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Rapport sur le système de foyers de soins de longue durée, 2009.
47. Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 2008-2009.
48. Institut canadien d'information sur la santé. Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2007-2008.
49. http://www.ihi.org/IHI/Programs/StrategicInitiatives/TripleAim.htm
50. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Base de données sur la planification de la santé, 2007-2008.
51. Institut canadien d'information sur la santé. Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), données sur l'Ontario, 2007-2008.
52. Action Cancer Ontario. Système de production de rapports sur les services des urgences (SPRSU), rapport sur les faits saillants, mai 2009.
53. Ibid.
54. Ibid.
55. Ibid.
56. Institut canadien d'information sur la santé. Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), données sur l'Ontario, 2007-2008.
57. Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 2008-2009.
58. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007.
59. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Enquête sur l'accès aux soins primaires, janvier 2006 – décembre 2008.
60. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Base de données sur la planification de la santé, 2007-2008.
61. Institut canadien d'information sur la santé. Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), données sur l'Ontario, 2007-2008.
62. Ibid.

63. 6Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction de l'analytique en matière de santé. Chronic Conditions Mortality and Utilization Rates Update, août 2008.
64. Centre de données sur les médecins de l'Ontario. Médecins en Ontario, 2007.
65. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. RLISS du Nord-Ouest, consultations offertes par des spécialistes, par spécialité, 2007-2008.
66. http://www.otn.ca
67. http://telemedicine.knet.ca/
68. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales, 2007-2008.
69. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction de l'analytique en matière de santé. Chronic Conditions Mortality and Utilization Rates Update, août 2008.
70. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007.
71. Ibid.
72. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction de l'analytique en matière de santé. Chronic Conditions Mortality and Utilization Rates Update, August 2009. (Les données sur la mortalité proviennent de 2004-2005 (par année), les hospitalisations et les visites aux urgences sont pour l'année 2007-2008).
73. Sioux Lookout First Nations Health Authority. The Anishinabe Health Plan, 2006.
74. www.qiip.ca
75. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Rapport sur le système de foyers de soins de longue durée, 2009.
76. Institut canadien d'information sur la santé. Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2007-2008.
77. Ibid.
78. Ibid.
79. Statistique Canada. Résultats du recensement, 2006.
80. Statistique Canada. Projections des population autochtones, Canada, provinces et territoires, 2001 – 2007, 2005.
81. Assemblée des Premières nations. Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations, 2007.
82. Action Cancer Ontario. Stratégie de lutte contre le cancer chez les peuples autochtones. Honorer le cheminement du bien-être autochtone, décembre 2008.
83. Conseil canadien sur la santé. L'état de santé des Premières nations, des Métis et des Inuits du Canada.
84. Document de travail joint à Renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement, janvier 2005.
85. Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, Canada. Données ministérielles de base, 2004.
86. Organisation nationale de la santé autochtone. Note d'information sur Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada pour l'année 2000, de Santé Canada, 2003.
87. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. First Nations People in Ontario: A Demographic Portrait, 2009.
88. Initiative sur la santé de la population canadienne. Améliorer la santé des Canadiens, 2004.
89. Statistique Canada. Résultats du recensement, 2006.
90. École de médecine du Nord de l'Ontario. Health Care Professionals Opportunities, septembre 2009.
91. The Globe and Mail. IT Could be a Matter of Life and Death, 10 novembre 2007.

Documents justificatifs

(Disponible en anglais)

Rapports et ressources de mobilisation communautaire

i. Stratégie de mobilisation communautaire

ii. Projet Partagez votre expérience, donnez forme à vos soins

  i. Rapport sommaire
  ii Rapport détaillé
  iii. Témoignages

iii. Forum sur la santé des autochtones, Pathways for Collaboration, résumé

iv. What Makes a Successful Interprofessional Team? Views from Health Service Providers in Northwestern Ontario

v. Health System Transformation in the Northwest: A Discussion with Physicians

vi. Diabetes Strategy Summary of Community Engagement

Rapports de données

i. Analyse de l'environnement

ii. Profil de santé de la population

Rapports

i. Rurality Literature Review

ii. Environmental Scan: Chronic Disease Prevention and Management for the North West LHIN

iii. Diabetes Management and Prevention: Environmental Scan for the North West LHIN

iv. Forestry and Health: An Exploratory Study of Health Status and Social Well-Being Changes in Northwestern Ontario Communities

v. Emergency Department Study

Plans et ressources

i. Vieillir chez soi

  i. Plan d'orientation
  ii. Plan de services de l'année 1

ii. Services des urgences et autres niveaux de soins

iii. Technologies de l'information et des communications en cybersanté, plan directeur/tactique

iv. Stratégie de Cybersanté Ontario (2009-2012)

v. Cadre d'établissement des priorités et de prise de décision

Tous les documents sont accessibles à www.northwestlhin.on.ca sous « Integrated Health Services Plan ».

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest

975 Alloy Drive, bureau 201, Thunder Bay (Ontario) P7B 5Z8
Téléphone : 807 684-9425 • Sans frais : 866 907-5446

www.northwestlhin.on.ca

Ontario
Réseau local d'intégration des services de santé